

B) REINTERVENCIONES POR FACTORES INFLAMATORIOS O PERITONITIS POSTOPERATORIA

Puede ser muy evidente, con síntomas claros, dolor agudo, contractura abdominal, etc.; pero a veces se presenta en forma más solapada, sobre todo en la actualidad, después del uso y abuso de los antibióticos que enmascaran los cuadros, lo mismo que el uso de los sedantes y tranquilizantes.

Hoy es excepcional la septicemia peritoneal de los antiguos autores, con hipertermia brusca, taquicardia, balonamiento del vientre, vómitos, constipación, disnea, enfriamiento periférico, con muerte en 36 horas, en hipotermia y euforia, en pleno conocimiento. Se ve más frecuentemente la peritonitis progresiva, tan bien descrita por Gosset con el nombre de "peritonitis a colibacilo después de histerectomía subtotal por fibroma". Al tercer día el enfermo está constipado con balonamiento de vientre, temperatura alta y pulso acelerado. Si se ha dejado drenaje, sale por él una serosidad abundante. Luego aparecen los vómitos, el agravamiento de los síntomas y del estado general, con muerte al quinto día con el enfermo en hipotermia. Dentro de este cuadro se encuentra la peritonitis biliar postoperatoria, la peritonitis progresiva de vecindad por celulitis, sobre todo después de operaciones sobre el colon, y que puede aparecer entre 10 y 12 días, aún después de la intervención. Estas peritonitis postoperatorias se observan hoy menos frecuentemente por el perfeccionamiento de la técnica, del equilibrio humoral y del uso de los antibióticos. Clavel, en su capítulo de reintervención por peritonitis, hace un resumen admirable de la evolución histórica de la peritonitis postoperatoria, estudiando los distintos cuadros peritoneales y los progresos a través de las épocas. El período antiséptico, el aséptico, los guantes de goma, etc., a los que van unidos los nombres de Lister, Pasteur, Terrier, Gosset, el mejoramiento de la técnica operatoria para evitar la infección endógena, y el perfeccionamiento de la higiene y la asepsia para combatir la infección exógena, y por último, el descubrimiento de los antibióticos, lo que llama Clavel "el período de la peritonitis enmascarada por el uso de los antibióticos". Son cuadros con sintomatología poco clara, en un postoperatorio que no marcha normalmente; hay ligera elevación de la temperatura, no hay vómitos ni distensión abdominal, sobre todo si el enfermo está con sonda de aspiración; puede haber o no ligera taquicardia. Así se llega a los diez días, en que se produce una agravación brusca por ruptura de un absceso y una peritonitis difusa.

El cirujano debe vigilar atentamente la evolución operatoria para descartar estos cuadros, dando verdadero valor a estos síntomas, en un postoperatorio que no evoluciona como se desearía. Clavel insiste en la auscultación del abdomen, maniobra poco utilizada por los cirujanos, y que este mismo autor la destaca en la evolución del postoperatorio normal:

Primer día: silencio.

Segundo día: el intestino delgado envía gases al intestino grueso.

Tercer día: el intestino grueso expulsa gases por el ano.

Los signos radiológicos son superponibles a estos resultados de la auscultación.

La radiología tiene gran importancia, sobre todo en los cuadros dudosos, mostrando la presencia del íleo regional, tan bien descrito por del Campo; la presencia de gases o de líquidos intraperitoneales. Actualmente se está utilizando un método radiológico de mayor rapidez, con la aplicación de otras sustancias de contraste, como ser el hipaque, con lo que prontamente se obtienen datos de valor para el diagnóstico y tratamiento consiguientes.

Profilaxis de la peritonitis postoperatoria.—Debo manifestar que se basa en lo ya dicho en el transcurso del capítulo; el respeto riguroso de la asepsia, la buena anestesia, técnica quirúrgica cuidadosa, sin dilaceración y tracciones viscerales, buena síntesis de la pared, estudio y equilibrio del estado humoral, y el uso adecuado de los antibióticos correspondientes.

Tratamiento de la peritonitis postoperatoria.—Debe ser la intervención de urgencia, una vez instaladas las medidas habituales de reanimación, del shock y del equilibrio humoral: transfusiones, sueros, oxigenación, sonda de aspiración, etc. El tratamiento quirúrgico dependerá de la forma de peritonitis: el drenaje, la aspiración continua, la antibioterapia intraperitoneal a la manera de del Campo, la ileostomía y aspiración, y si hay superficies desperitonizadas, las plegaduras a la manera de Noble o Chilo.

C) REINTERVENCIONES POR FACTORES MECANICOS U OCLUSION POSTOPERATORIA

Este capítulo del relato, no me corresponde estudiarlo en detalle por haber sido tema oficial en el XIV Congreso Uruguayo de Cirugía del año anterior, tratado ampliamente por mi condiscípulo.

cípulo y amigo el Dr. M. Karlen, al que se agrega la contribución radiológica del Dr. Capandeguy, destacando los modernos métodos de exploración radiológica, y las contribuciones de los colaboradores de la escuela del extinto Prof. Larghero, a quien evoco con emoción, en recuerdo de su trayectoria científica tan brillante y de la amistad que nos había ligado durante tantos años.

También debo destacar los nombres de Prat, del Campo y de Larghero, en nuestro país, y el de Uriburu, en la Argentina, relator del tema en el XXXI Congreso Argentino, y también al Dr. J. A. Ferreira, los que han contribuido con aportes magníficos.

Pasaremos revista brevemente a algunos conceptos tomados del relato de Karlen. Destaca la conveniencia, según Iovanovich, de distinguir los íleos inmediatos que sobrevienen durante los cinco primeros días, los precoces entre el quinto y el décimo día, y los retardados entre el décimo y el vigésimo días. Las causas funcionales predominan en los dos primeros grupos, mientras que las mecánicas lo hacen en el tercer grupo.

Karlen dice: "dicho de otro modo, las causas mecánicas se hacen más frecuentes a medida que nos alejamos del acto operatorio". Larghero ha llamado la atención sobre el concepto erróneo que se tiene del íleo postoperatorio, y dice que el límite extremo, horario que separa la distensión fisiológica postoperatoria de la oclusión verdadera, serían las 72 horas, y afirma que el íleo paralítico postoperatorio no sólo es raro, "sino que es un mito", y que pasados esos plazos, un paciente que tiene distensión abdominal con ausencia de evacuación intestinal, con sonda de aspiración bien colocada, debe ser preparado para operar o reoperar de inmediato. Karlen dice que esta afirmación aunque parezca algo rotunda, tiene una finalidad constructiva. Nosotros creemos que el íleo paralítico existe, el íleo paralítico se ve con frecuencia; pero la vigilancia del enfermo debe ser muy atenta, para no pasar por alto una causa mecánica. Este capítulo de la oclusión intestinal postoperatoria está muy ligado a lo tratado anteriormente sobre la peritonitis postoperatoria, pues hay muchos íleos que son el reflejo de la contaminación peritoneal, por maniobras intraperitoneales intempestivas, dilaceración del peritoneo, dehiscencia de suturas, lo que lleva a oclusión intestinal, íleo paralítico, o inhibición intestinal postoperatoria, siempre provocadas por una causa y que puede pasar de un íleo dinámico a uno mecánico, porque las barreras de protección de esos focos aislados de infección se organizan, lo que destaca Karlen diciendo "que se ha constituido un complejo lesional traumático operatorio, agresión química o infección por el contenido intestinal, inhibición de la motilidad, creación de barreras orgánicas, que

constituyen la oclusión mecánica. De esta manera se pasa de un íleo dinámico por etapas sucesivas a un íleo mecánico”.

No debo extenderme más en este aspecto, por lo ya manifestado anteriormente. No creo que pueda agregarse nada a lo tratado por Karlen en su relato del tema.

INDICACIONES PARTICULARES

CIRUGIA GÁSTRICA

Complicaciones hemorrágicas.— Se ven ahora menos frecuentemente que antes, por el mejoramiento de los procedimientos técnicos y la preparación pre y postoperatoria a las que ya nos hemos referido. Sugasti recopila datos estadísticos muy importantes, como los de Cames, con 3.000 gastrectomías y ningún caso de hemorragia postoperatoria; la de Gutman, con 3.747 intervenciones y 12 hemorragias mortales; y la de Wilkins, Rogers y Staehly, con 14.324 gastrectomías tomadas de varias estadísticas, con el 1% de complicaciones hemorrágicas y una mortalidad del 10%.

En la experiencia del Servicio del Dr. Carlos Forrissi, desde el año 1940 y en la mía —hospitalaria y privada— de las cuales no puedo dar cifras exactas, pero que seguramente abarcan varios centenares de casos, no hemos tenido que reintervenir ningún enfermo por hemorragia postoperatoria. Las hemorragias pueden ser precoces y tardías en su aparición, y dentro de ellas intracavitarias y extracavitarias, constituyendo un hemoperitoneo. Tixier y Clavel consideran: 1º) la naturaleza de la lesión, siendo las úlceras duodenales las que presentan más complicaciones hemorrágicas postoperatorias por su mayor vascularización; 2º) predisposición del enfermo, sobre todo por el momento en que se realiza la intervención primitiva, la que debe hacerse en los períodos de calma, por la gastritis presente y su vascularización consiguiente. La misma causa es producida por la estenosis pilórica y la retención gástrica, debiendo, en estos últimos casos, hacer la intubación previamente al acto operatorio, para disminuir las complicaciones; 3º) naturaleza de la intervención practicada. Sugasti señala que en el tiempo en que Tixier y Clavel publicaron su libro, se hacía mucho la gastroenterostomía, la que, dejando la lesión original, podía producir en el postoperatorio la hemorragia. Lo mismo puede decirse de las diversas técnicas de resección-exclusión (Bancroft y Finsterer) en las que hay que dejar la ulceración “in situ” por las dificultades operatorias. También puede suceder en los casos en que se haga una vagotomía con gastroenterostomía u otra derivación, lo que lleva, dice

Sugasti, "a una rápida curación, siendo esta la causa por la que no se hace mención especial de esta complicación en las publicaciones".

Pero si se hace alguno de estos procedimientos e intervenciones por hemorragia en ulcus duodenales que no se extirpan, se debe completar con la duodenotomía y la ligadura del vaso sangrante en plena ulceración. Fuera de estas causas generales de la producción de hemorragia postoperatoria, debemos estudiar las causas locales, que pueden producir hemorragias intracavitarias y extracavitarias por hemoperitoneo. Las intracavitarias se ponen de manifiesto, por lo general, por la sonda gástrica dejada en permanencia, como una medida de seguridad, y de la que somos muy partidarios, para evitar la sensación de plenitud gástrica y los vómitos consiguientes en el caso de que no se la hubiera colocado. La persistencia de la hemorragia por la sonda, unida a los síntomas con repercusión en el estado general, obligan a la reintervención. Las causas de esta hemorragia se deben, por lo general, a una falla en la línea de sutura, aflojamiento del surget, desunión del material de sutura, etc., y son frecuentemente tardías. No voy a enumerar las distintas técnicas propuestas para la sutura; cada cirujano tiene sus preferencias; dos o tres planos, a la manera de Christman, utilización o no de clamps, la sutura previa de los vasos de la submucosa gástrica o yeyunal; ni tampoco los procedimientos de anastomosis, Polya, Hoffmeister-Finsterer, pre o retrocólica que, por otra parte, Wilkins y colaboradores ya citados, en su numerosa estadística llegan a la conclusión de que "ninguno de estos procedimientos tiene relación con la producción de la hemorragia postoperatoria". Nosotros utilizamos los clamps elásticos de Finochietto, la ligadura previa de los vasos más visibles de la submucosa gástrica y yeyunal, surget a puntos muy juntos, puntos de Schmieden en la sutura anterior reforzada con dos o tres puntos de hilo de algodón, como lo vimos realizar a Ricardo Finochietto.

Pueden haber hemorragias por infección secundaria de la línea de sutura, que por lo general, son raras y tardías; lo mismo que por caída de escara, y las producidas por gastritis, pues al suprimir el antro en la gastrectomía, se elimina una posible causa originaria de hemorragia. No sucedía así en la época en que se hacía la gastroenterostomía como operación de elección. En estos casos de gastritis, la anastomosis con clamps puede ser peligrosa por la presión del instrumento que puede lesionar la mucosa gástrica hipertrofiada y hacerla sangrar. Nos ha pasado, en una oportunidad reciente, en que en las primeras 24 horas de la gastrectomía por úlcera gástrica de la pequeña curva, vino sangre por la sonda de aspiración, aunque sin repercusión sobre el estado general, y que cedió rápidamente con los lavados gástricos.

Sugasti también cita la posibilidad, aunque rara, de la úlcera péptica marginal precoz, haciendo referencia a una observación de De Bakey, que tuvo que reintervenir a un enfermo a los once días por esa causa.

Otra causa de hemorragia gástrica es la que se ha señalado en estos últimos años, y son las hemorragias gastroduodenales por stress operatorio, consecutivas a intervenciones realizadas en otros territorios, y las que Raúl Praderi ha tratado en un trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Puedo citar aquí una observación de un enfermo de 65 años de edad, operado por un hematoma extradural, al que se le dio cortisona para disminuir el edema cerebral. Cuando estaba en recuperación, hace una hematemesis y melenas de gran intensidad que llevaron el enfermo a la muerte sin poder hacerle nada.

Hemorragias intraperitoneales o hemoperitoneo.— Pueden ser por distintas causas; por lo general por escape de una ligadura de un pedículo; la hemorragia puede ser más o menos importante, sobre todo la producida a nivel de la arteria coronaria. Finochietto llama la atención de las hemorragias producidas a nivel del bazo por traumatismo de éste, durante las maniobras operatorias; es lo que él llama “el valvazo esplénico”. Puede también lesionarse la cola del páncreas, en la cirugía gástrica ampliada, donde hay necesidad de reseca parte o toda la cola del páncreas, debiéndose realizar la hemostasis muy meticulosa del muñón. En la cirugía de las hernias hiatales de esófago, también pueden producirse hemorragias por lesión de vasos diafragmáticos que pasan inadvertidas en el momento operatorio, lo que puede obligar a una reintervención, lo mismo que en las vagotomías o en la operación de Nissen con gastroplegadura y gastrofijación del estómago.

Profilaxis.— La profilaxis de estos accidentes debe hacerse con la buena técnica operatoria, ligaduras cuidadosas, suturas prolijas, evitar las maniobras bruscas e intempestivas.

Tratamiento.— Por lo general las hemorragias pequeñas o medianas intracavitarias, ceden, como lo hemos señalado anteriormente, con el tratamiento médico: lavado de estómago con suero o con percloruro de hierro, y últimamente se ha utilizado, aconsejado por Wangenstein, el enfriamiento gástrico, que él lo realiza con un balón y un aparato especial de enfriamiento, pudiéndose recurrir, en ausencia de eso, a los simples lavados de agua helada y salada. No tenemos experiencia en este procedimiento del enfriamiento. Ante una hemorragia gastroduodenal postoperatoria de importancia, ya sea intra o extracavitaria,

y que no ceda con estos procedimientos, debe realizarse una reintervención inmediata, previa reanimación del enfermo, con buena anestesia y reaperatura de la incisión. Si hay sitio en el estómago remanente, se debe hacer una gastrostomía y aspiración cuidadosa del contenido gástrico, coágulos, para un examen minucioso de la línea de sutura, en la que se pueden colocar ligaduras en vasos visibles que sangran, reforzar dichas suturas —o hacerlas nuevamente—. Puede también, si se han usado clamps, sangrar el sitio donde estuvieron éstos colocados por desgarro mucoso, el que se puede suturar aunque en ese momento no sangre. En el caso de que la gastrectomía hubiera sido muy amplia y no haya lugar para la gastrostomía, hay que reabrir la línea anterior de sutura y proceder en consecuencia. Puede haber quedado otra lesión que se pasó por alto en la primera intervención; puede no encontrarse ningún punto que sangra; se debe reforzar la línea de sutura y mismo realizar una nueva gastrectomía: en los casos de gastritis erosiva hemorrágica, se puede hacer la vagotomía, gastrectomía más amplia y hasta llegar a la gastrectomía total si fuera necesario. Si la hemorragia fuera extracavitaria, la reintervención debe ser exploratoria, hacer la ligadura de los pedículos que sangran, esplenectomía si hubiera herida de bazo, explorar la cola del páncreas, si se hubiera resecado, etc.

REINTERVENCIONES POR PERITONITIS

Clavel describe distintos tipos: 1º) La peritonitis por perforación, que aparece bruscamente y con síntomas ruidosos, dolor agudo, contractura, etc., y que puede deberse a la perforación de una úlcera dejada “in situ”, en una resección-exclusión, por una dehiscencia en el sitio de la sutura gastroyeyunal, o una falla en el muñón duodenal. La reintervención en estos casos se impone por sí misma, no habiendo dudas en el diagnóstico. 2º) Las peritonitis localizadas o difusas, sin perforación previa, son frecuentemente producidas por inoculación séptica del peritoneo, en el transcurso de la intervención, sobre todo en la cirugía del cáncer gástrico. Aquí la sintomatología es menos evidente. 3º) Las peritonitis localizadas por desunión progresiva de una sutura gástrica o duodenal. Por lo general se producen en gastrectomías difíciles, con cierre de muñones duodenales laboriosos, o en úlceras muy altas de la pequeña curva, de cierre dificultoso, en tejidos friables y en gastrectomías totales. Pueden producirse por estas causas abscesos o fistulas que estudiaremos aparte. Los abscesos, por lo general, son abscesos subfrénicos, derechos o izquierdos. Marshall dice que la localización más frecuente es la zona subhepática, lo que resulta de una “fuga del

munon duodenal". Estos abscesos se tratarán por el drenaje, ya sea por vía transpleural resecaando la 12ª costilla, según la técnica de Oschner, o por una incisión subcostal para los abscesos subhepáticos.

Fístulas.— Merecen una mención aparte. Pueden producirse a nivel de la sutura gastroyeyunal, donde son más raras por la buena vascularización de los tejidos anastomosados; a nivel de la sutura esófagoyeyunal en las gastrectomías totales, por las dificultades bien conocidas de las suturas sobre esófago, lo mismo que en la gastrectomía subtotal ampliada, por úlcus muy alto o cáncer. En estos casos se puede producir el esfacelo por no haber respetado la correcta vascularización del estómago, a nivel de la curvatura mayor, por ligadura de los vasos cortos, sobre todo si se ha hecho esplenectomía, o por ligadura de los vasos provenientes de la coronaria estomáquica. Debo citar una observación de Piñeyría Saavedra, con eliminación, por vía intestinal, de un segmento gástrico; en la discusión de la comunicación, Chifflet relata la necrosis del lóbulo izquierdo del hígado, por una anomalía de la coronaria. En los casos que haya dudas en cuanto a la irrigación de este tipo de intervención, Finochietto aconseja dejar siempre un drenaje subfrénico, "que puede ser salvador", al demostrar, entre el tercero y el noveno día, la salida del líquido pardusco o bilioso, o coloreado, si por la sonda de aspiración se inyectó alguna sustancia colorante. Con esto, dice Finochietto, no se precisa más para indicar la reintervención inmediata, reabrir la incisión, examinar el muñón para comprobar la perforación. En un caso tuvo éxito, con la invaginación del sector esfacelado; y en otro, con la resección de esta zona esfacelada, con sección del asa eferente y confección de una anastomosis en Y; y si no, hacer una nueva gastrectomía. La yeyunostomía, dice Finochietto, en estos casos, es un recurso inoperante.

Las fistulas son más frecuentes a nivel del muñón duodenal, por varias causas: defecto técnico del cirujano en la sutura, o por dificultades del cierre de un muñón duodenal difícil, en úlceras adheridas al páncreas, de laboriosa disección, o úlceras muy bajas, muy próximas al colédoco, y también cuando hay tensión en el muñón duodenal, en el llamado síndrome del asa aferente.

Las fistulas duodenales son más frecuentes, pero menos que antiguamente, en que no se le daba importancia a detalles fundamentales. Gueullette dice: "el día en que se comprendió mejor el rol de los desequilibrios humorales secundarios en la falta de cicatrización, el problema cambió enteramente, pues la gravedad de la fistula duodenal se debe exclusivamente a su repercusión sobre el estado general". En nuestro país han hecho

estudios sobre el problema los profesores del Campo, Chifflet, Cendán, Otero y Piquinela, este último en un relato muy completo sobre cirugía duodenal, al XIII Congreso Uruguayo de Cirugía.

Las fístulas duodenales pueden ser terminales, que son más frecuentes, o laterales, más raras y mucho más graves (hasta el 63% de mortalidad en estadísticas extranjeras). La dehiscencia duodenal y su consecuencia, la fístula, puede ser de aparición tardía, lo que sale de nuestro tema, o de aparición precoz, entre los diez y quince días de la intervención, y cuyo hecho fundamental es, como dice Cendán, "la dehiscencia del asa diverticular, constituida por duodeno y porción aferente de la primera asa yeyunal". Y estudia los diversos factores de su producción: el íleo duodenal funcional postoperatorio: el paciente siente molestias, sensación de tensión, dolores, sobre todo, dice Cendán, en la fosa lumbar derecha, en el punto costomuscular. No viene bilis por la sonda de aspiración, o en los vómitos. Estos síntomas ponen de manifiesto una hipertensión duodenal, que puede terminar en una dehiscencia, y si se agrega a ello, según Cendán, factores inflamatorios o procesos infecciosos de vecindad, o factores mecánicos obstructivos, que para del Campo tienen tres sitios de elección: 1º) la pinza aorticomesentérica; 2º) el ángulo duodenoyeyunal; y 3º) el asa aferente, con todas sus variaciones, edema, mala suspensión, acodamiento, asa muy corta. Payne dice: "el principio de un asa aferente corta es sabio, pero el asa no debe ser demasiado corta". También interviene como causa el asa larga, la compresión precolónica, la hernia de Petersen, epiploitis, etc. Chifflet, estudiando la anastomosis gastroyeyunal, distingue dos sistemas: uno de progresión alimenticia, constituido por estómago y asa eferente; y otro diverticular de naturaleza enzimática, constituido por el duodeno y asa aferente, los que necesitan un funcionamiento armónico, para conducir a la normalidad, y como comenta Chifflet, "esta incoordinación funcional que los hace llegar a destiempo, es la causa más importante de los trastornos del postoperatorio inmediato".

En la prevención de las fístulas gástricas o duodenales de la cirugía gástrica, debe tenerse en cuenta, como dice Piquinela, los procesos inflamatorios existentes, sobre todo cuando tiene que intervenir en condiciones de urgencia, con tejidos edematosos sangrantes que hacen dificultosas las suturas y la correcta utilización de éstas, para hacer un cierre hermético del muñón duodenal, el que nunca debe estar desvascularizado.

Del Campo demostró, en 1925, la riqueza de la circulación duodenal, y dice, por lo tanto, que el factor vascular es menos importante como causa única, pero si a él se agrega un estado general deficiente, o el shock prolongado, puede producirse la dehiscencia.

Gueullette dice que las fistulas duodenales se producen por la mala calidad de los tejidos, y también por una falta en la táctica operatoria del cirujano, que no supo tener en cuenta esas alteraciones parietales y que, conocer esas causas, es ya prevenirlas. Avlon y Ellis dicen que las dehiscencias por factores locales son precoces, en cambio por factores generales son posteriores.

Nosotros hacemos el cierre del muñón duodenal en dos planos totales, de ida y vuelta: un plano seroseroso y la fijación al peritoneo pancreático que nos parece importante, pero debiendo tener cuidado en la sutura de no tomar la glándula. El cirujano debe estar alerta en el postoperatorio de un operado gástrico, recordando los elementos esenciales de diagnóstico de la hipertensión del asa aferente, destacados por del Campo: 1º) ausencia de bilis en el líquido extraído del estómago; 2º) conservación del tránsito intestinal; 3º) distensión abdominal, dolor, defensa parietal anterior y de región lumbar derecha, Douglas indoloro y signos radiológicos con presencia de gases en el colon y, en algún caso, se ha podido visualizar el asa aferente, síntomas que permiten al cirujano, hacer el diagnóstico en la etapa previa a la perforación, y proceder en consecuencia. En un cierre duodenal difícil, si hay duda en la calidad de los tejidos, debe dejarse un drenaje de goma, en la proximidad, nunca en contacto con el muñón duodenal, para tener la seguridad de un avenamiento al exterior si se produce la dehiscencia. No me corresponde hablar aquí de las distintas técnicas (Nissen, Lahey, Bath) para el cierre del muñón duodenal difícil. En la imposibilidad de este cierre, por la calidad de los tejidos, por la vecindad del pedículo hepático, o en la duda, Welch aconseja hacer el cierre parcial del muñón y dejar un pequeño tubo o una sonda de Nélaton en el duodeno, la que se lleva al exterior por contraabertura. Y le agrega una doble yeyunostomía para la aspiración, evitando la distensión gástrica por la proximal y la reposición de los líquidos por la distal, conducta en la cual no están de acuerdo todos los cirujanos.

Según Welch, esa conducta debe ser utilizada como último recurso, pues puede seguir un postoperatorio tormentoso. Miqueo Narancio, en nuestro medio, se ha ocupado del tema, aconsejando, para los casos difíciles, la duodenostomía que, según él, tiene todas las ventajas y ningún inconveniente.

No se debe hacer aspiración por el tubo de la duodenostomía. El Dr. Néstor Turco, en una comunicación personal, me manifestó que en su Servicio, en los casos de muñones duodenales difíciles, le agregaban una colecistostomía para evitar la hipertensión duodenal, por el escurrimiento biliar al exterior. El tratamiento de la dehiscencia del muñón, y de la obstrucción

del asa aferente, varían según las circunstancias. Si los síntomas son agudos y bruscos, la reintervención se plantea urgentemente, teniendo muy en cuenta, para el diagnóstico, los signos que el Dr. del Campo ha destacado y hemos citado anteriormente. Si hay la sospecha de un absceso subhepático, debe intervenir. Chifflet aconseja una incisión subcostal, derecha, a la altura de la onceava costilla. Otros autores prefieren reabrir la incisión, y deslizar un clamps hacia la cara inferior del hígado para evacuar la colección e instalar la aspiración. Si hay una obstrucción del asa aferente, es necesaria una intervención que normalice el funcionamiento del asa diverticular. Piquinela dice que la búsqueda de las causas de la obstrucción es fácil si asientan a nivel del asa yeyunal; y más dificultosa si está en el ángulo duodeno-yeyunal o en la tercera porción del duodeno.

Las reintervenciones pueden ser: corrección de procesos extraviscerales, torsión, angulación, debiendo actuar sobre el intestino obstruido; se puede realizar una enteroanastomosis muy próxima a la neoboca, como lo aconseja Steinberg; duodeno-yeyunostomía, si el obstáculo está en la raíz del mesenterio. La resección de la neoboca, como lo aconseja Chifflet, siempre que el estado general del enfermo lo permita, y por último la transformación del Billroth II, en Peán-Billroth, o las operaciones de Heinle o de Soupault, cuyo estudio no me corresponde.

Establecida la fístula duodenal, se puede distinguir, como lo hace Gueullette, dos grupos: *las pequeñas fistulas*, desprovistas de gravedad y que curan espontáneamente teniendo el cuidado de la protección de la piel, y *la fístula duodenal grande*, con repercusión general por la enorme pérdida de líquidos que llevan a una deshidratación masiva, con desmejoramiento progresivo y rápido del enfermo, por pérdidas de cloro sanguíneo, desequilibrio nitrogenado, hipoproteinemia, desequilibrio electrolítico.

El tratamiento es esencialmente médico, y reproduzco aquí la frase, tan gráfica, de Gueullette: "el cirujano biólogo ha reemplazado aquí al cirujano plomero". Debe hacerse la reposición del equilibrio humoral hidrosalino: hidratación, transfusiones, reposición de cloruros, potasio, proteínas, vitaminoterapia. Hay que tratar de disminuir la pérdida duodenal y la protección de la pared, lo que se consigue por la aspiración continua, ya aconsejada por Nario en nuestro país en 1917, directamente con la aspiración eléctrica o recurriendo a diversos artificios de acuerdo al orificio fistuloso. La protección de la piel se consigue, además de la aspiración, con el uso de pomadas inertes a base de aluminio, que se adhieren e impermeabilizan la piel. Se ha aconsejado el uso de la placenta humana fresca en el trayecto fistuloso, con buenos resultados, según algunos autores, como Loyarte y Casiraghi. La hemos utilizado en dos oportunidades, con un

éxito favorable en una pequeña fístula, y en la otra, muy grande, no nos dio resultado. Para disminuir las secreciones se utiliza la atropina, insulina y los anticolinérgicos. Frente al fracaso de todos estos métodos, se plantea la posibilidad de una intervención que no debe hacerse ni demasiado pronto, ni demasiado tarde.

Gueullette aconseja la yeyunostomía como operación salvadora, establecida a 30 cm. del ángulo duodenoyeyunal. La alimentación con regímenes especiales, y la introducción por la sonda de los líquidos extraídos del duodeno, pueden recuperar al enfermo. La duodenoyeyunostomía, según el mismo autor, es una operación shockante y de excepción. Para realizar solamente después de un estudio radiológico que demuestre una estenosis del asa aferente o duodenal baja. En cuanto a las fístulas laterales, como consecuencia de otras intervenciones (bilíares, renales, etc.), plantean el mismo problema: la reposición del estado general, que puede ser resuelto, en parte, si se consigue pasar una sonda hasta el yeyuno, lo que es difícil, o si no, hacer como aconseja Mainetti, una gastroenterostomía marginal, de Lahey, y exclusión pilórica, con simple ligadura del estómago por encima del píloro, con anestesia local, lo que es una ventaja por el estado general del enfermo, o, si éste lo permite, una gastrectomía, procedimientos que hacen la derivación de los alimentos disminuyendo las secreciones, a lo que se le agrega el uso de los anticolinérgicos, como lo aconseja Trinca en la contribución al relato de Piquinela.

Debo citar una observación del Servicio del Dr. Forrasi, operado en la guardia por el Dr. Belzarena, por una herida de arma blanca del hipocondrio derecho, con lesiones de estómago, yeyuno y páncreas, las que fueron suturadas; a los diez días del postoperatorio hizo una fístula duodenal, se le pasó la sonda de Cantor, y se le restituían por ella las secreciones del orificio fistuloso, y se le colocó placenta fresca en éste. El enfermo curó sin necesidad de una reintervención.

REINTERVENCIONES
POR COMPLICACIONES BILIOPANCREATICAS
EN CIRUGIA GASTRICA

Por lo general estas lesiones pueden suceder durante las maniobras de liberación del duodeno, en las úlceras de la segunda porción y vecinas al pedículo hepático, y de muy difícil disección, en las que el cirujano debe proceder con cautela para evitar dichas lesiones, y, si se producen, solucionarlas en el mismo acto operatorio, lo que evita una reintervención. Dentro de estas lesiones podemos citar las heridas del colédoco y su estenosis por ligadura, las lesiones de los canales pancreáticos en el segmento

terminal, sobre todo el canal de Santorini, y hasta la desinserción de la papila de Vater. Cualquiera de estos accidentes, no tratados correctamente en el mismo acto operatorio, pueden llevar a un desastre, con la peritonitis consiguiente, o en los casos más favorables, se establece una fistula. Finsterer admite la posibilidad de una fistulización secundaria, por caída de escara en un colédoco que ha sido muy disecado o comprimido por una ligadura de vecindad. Ante la duda, durante la intervención, se debe hacer una correcta exploración de las vías biliares y pancreáticas, recurriendo como maniobra preventiva, a lo aconsejado por Lahey, es decir, colocando tubo en T de rama larga en el colédoco, y también recurriendo a la colangiografía operatoria. No voy a repetir aquí lo que manifesté a propósito de las fistulas duodenales y su prevención. En cuanto al tratamiento de estas lesiones, entraría dentro de las reintervenciones en cirugía biliar y pancreática, donde las estudiaremos con más detalle.

Atonía y distensión gástrica postoperatoria.—Según Gueullette, son de observación banal en el curso de las operaciones abdominales, y sobre todo en los gastrectomizados, a los que si se examinara bajo pantalla radioscópica al segundo o tercer día postoperatorio, se estaría sorprendido de la presencia de un nivel líquido con distensión gaseosa, y, sin embargo, estos operados no sienten ninguna molestia. En alguna ocasión, sobre todo en enfermos ansiosos o nerviosos, estos síntomas pueden tener entidad, dando malestares intensos, vómitos, que pueden hacer pensar en un obstáculo mecánico; entra en orden con la sonda de aspiración, lavado de estómago, antiespasmódicos y sedantes. Hago estas acotaciones, no porque este síndrome requiera una reintervención, sino para no caer en el error de atribuir una atonía y distensión gástrica por edema de la neoboca a una causa mecánica, que nos lleve al error de hacer una reintervención innecesaria. Gueullette hace un capítulo especial de la dilatación aguda de estómago, diciendo “que los jóvenes cirujanos no conocen las inquietudes que conocieron nuestros abuelos ante la aparición brusca de una dilatación brusca de estómago en un operado reciente”; se ignora, dice él, que hace treinta años no más, se observaba este accidente grave y a veces fatal.

Hay cirujanos que practican una gastrostomía previa en intervenciones en que se desea evitar la distensión gástrica, como ser, en la esofagogastrostomía, donde, además, la sonda sirve para la alimentación. Turco es partidario de esta conducta. En cirugía pediátrica, en que la sonda nasogástrica no es bien tolerada por los lactantes, y ante la imposibilidad de la intubación, se aconseja, como lo hace Randolph, el recurrir a la gastrostomía para drenar el estómago por más de dos días; él recurre a la gastrostomía de Stamm.

Síndrome de Dumping.— Quiero citar este síndrome que ha sido estudiado en nuestro país por el Prof. del Campo, que en su trabajo pasa revista a las distintas hipótesis de su producción para demostrar, dice, “el desacierto que reina en la literatura”. Hipótesis mecánica, hiperglicemia, vagotonía, yeyunitis, gastritis, etc. Describe el síndrome precoz y el tardío. Nos interesa el síndrome precoz, que puede presentarse desde los primeros días del postoperatorio, e inmediato a la ingestión de alimentos, distensión epigástrica, tendencia, a veces, al desvanecimiento, regurgitaciones y vómitos biliosos, pero no de alimentos y, mientras dura el cuadro, imposibilidad de ingerir alimentos, acompañándose de pérdida de peso, fatiga y desmejoramiento rápido del estado general. Los datos radiológicos, por lo general, son negativos. Para del Campo, el relleno del estómago por ingestión de alimentos, impediría, en algunos casos, la evacuación del asa aferente, la que recién lo haría después de evacuado el estómago, lo que está demostrado por la aparición del vómito bilioso y la sensación de la crisis dolorosa al disminuir la tensión del asa aferente. Del Campo propone la duodeno o yeyunoyeyunostomía como tratamiento de este síndrome. En su trabajo de 1950 publica dos observaciones exitosas, citando algunas observaciones extranjeras en apoyo de su conducta. Nosotros, siguiendo sus directivas, hemos operado un enfermo con un síndrome de Dumping precoz, el que rápidamente iba a la desnutrición con grandes crisis dolorosas, al que se le había hecho una gastrectomía subtotal, Polya transmesocólica. Reintervenimos a nuestro enfermo y encontramos un duodeno dilatado, un yeyuno congestionado y algún ganglio mesentérico. Se le hace una yeyunoyeyunostomía láterolateral que mejora espectacularmente el enfermo, quien desde entonces no ha tenido más trastornos. No me corresponde analizar aquí otros síndromes postgastrectomías, como ser la anemia, ni los trastornos metabólicos y de nutrición que corresponden al llamado síndrome de Lambling, ni tampoco las fístulas gastroyeyunocólicas y el úlcus péptico, por salir de los límites del tema, ya que, por lo general, son de aparición tardía.

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA BILIAR

Este tema será objeto de una Mesa Redonda, en el XVI Congreso Uruguayo de Cirugía del año próximo, por lo que no me ocuparé en detalle de un capítulo tan extenso y de tanta importancia.

Hemorragias.— Los perfeccionamientos de la técnica y la buena anestesia, hacen que las hemorragias producidas durante

las intervenciones en cirugía biliar. sean menos frecuentes. Sugasti, en su relato, cita la estadística de Aronsson, en Suecia, que, en un total de 9.548 intervenciones, encuentra 17 casos de muerte; y la del Servicio de Larghero, sobre 8.665 intervenciones en cirugía abdominal, encuentra un caso de hemorragia postcolecistectomía, que curó con la reintervención. Las hemorragias postcolecistectomías pueden producirse al nivel del lecho hepático, por lo general por defectos operatorios, brusquedad en las maniobras de desprendimiento de la vesícula, falta de ligadura de los vasos del lecho o de los bordes del peritoneo. Sugasti insiste, y estamos muy de acuerdo, que en los casos difíciles de separación de la vesícula se debe recurrir a las técnicas de Delageniere o Pribram, dejando el techo vesicular adherido al lecho hepático, haciendo la hemostasis de los bordes del peritoneo con ligadura o electrocoagulación. Se puede, de esta manera, llegar a la zona donde la vesícula está separada del lecho, y seccionarla transversalmente para continuar la disección, ligando la cística y el cístico sin peligros. Nario y Finochietto han divulgado los detalles de esta técnica en sendas publicaciones.

La otra causa de hemorragia postoperatoria, es la falla de la ligadura de la cística, o deslizamiento de ella; por lo general es precoz, pero a veces, se ha señalado por algunos autores, la hemorragia al octavo día de la intervención, lo que hace suponer una caída de escara de los vasos císticos. La no ligadura de pequeños canales biliares que desembocan en el lecho hepático, puede dar una acumulación de líquidos hepáticos, que llega a ser importante y requerir una intervención, sobre todo si se le agrega la infección con supuración, lo que nos sucedió en una oportunidad, en un enfermo con una taquicardia paroxística y con una hemorragia postoperatoria que se pudo controlar por medios médicos; hizo un hematoma supurado que requirió una reintervención para drenarlo. Sugasti señala como otra causa de hemorragia y que puede pasar inadvertida, la lesión del parénquima hepático por una valva, en las maniobras de separación.

No puedo dar con precisión los números de la estadística del Servicio de Cirugía del Dr. Forrisi, donde actúo, pero hay constancia de una sola observación de reintervención en la tarde de una colecistectomía, y la causa fue por hemorragia de las adherencias del epiplón a la vesícula, que no se habían ligado y sangraron posteriormente. Las hemorragias a nivel del colédoco durante su exploración o en la coledocotomía, son raras. Michans cita un caso de un enfermo que tuvo que reintervenir por hemorragia de arteriolas vecinas al colédoco y no ligadas, durante la colecistectomía. Velazco Suárez cita dos casos de herida de la porta, no advertidas en el acto operatorio, y que produjeron la muerte fulminante de los enfermos al retirarles la mecha

Profilaxis.— En todas estas complicaciones es la precisión de la técnica operatoria, suavidad en las maniobras, y la prudencia en los casos difíciles de disección laboriosa, donde, aunque no somos sistemáticos, hacemos siempre como lo aconseja Ricardo Finochietto, la colecistectomía de fondo a cuello, no vacilando en abrir la vesícula para tener una mejor orientación. La hemostasia cuidadosa con hilos irreabsorbibles, evitar la colocación de pinzas a ciegas y tener muy en cuenta la posibilidad de anomalías en la disposición de los elementos del pedículo hepático. En el preoperatorio se debe hacer el estudio de la coagulabilidad sanguínea, retracción del coágulo, tiempo de protrombina, y la utilización de la vitamina K para prevenir los accidentes, sobre todo en la presencia de ictericia. Producida la hemorragia, por lo general precoz, y que se manifiesta por el drenaje, y los síntomas característicos de repercusión sobre el estado general, debe procederse a la reintervención, previa reanimación. Con anestesia general se reabre la incisión, y se explora buscando la causa de la hemorragia (lecho hepático, cístico, colédoco, etc.). Encontrado el vaso que sangra, se procede a su ligadura y, en el caso de no poder visualizarlo, se debe recurrir a la compresión del pedículo hepático en el hiato de Winslow para poder examinar la región operatoria en mejores condiciones. Si la hemorragia es en el lecho hepático, sutura simple, o mejor, sutura sobre gasa hemostática (gelfoam, espongotan, u otro material similar), o si no el taponamiento apretado con gasa, en el caso de hemorragia en napa.

Hemobilia postoperatoria.— Es la hemorragia de la vía biliar principal y que se pone de manifiesto por el drenaje coledociano si se ha colocado éste, o si no por las vías digestivas. El término “hemobilia” fue propuesto por Sandblom en un artículo publicado en “Surgery” en 1948, y después de esa fecha se han hecho diversas publicaciones, debiendo en nuestro país destacar la de Larghero y colaboradores que se refieren a hemobilia postraumática, y sobre el mismo tema, una publicación de Halliburton y Manrique, en la Argentina. Valls y Arruti, en nuestro país, y Dechamps y Baila, en la Argentina, han publicado relatos importantes sobre la hemobilia fuera de las causas traumáticas, ocupándose de los posibles orígenes de estas hemorragias intracanaliculares, que pueden ser precoces o tardías, de poca intensidad, lo que es más frecuente, y debidas a exploraciones instrumentales, o graves y masivas, como las que relata Valls. No voy a citar estas causas, de las que los autores citados hacen un estudio completo, mencionando rápidamente que pueden producirse por acción mecánica del tubo de avenamiento biliar, por acción traumática de la exploración (exploradores,

pinzas. sondas. etc.) a lo que se agregaría la infección según Leger. La papilotomía, sobre todo sin papiloplastia, puede ser causa de una hemorragia importante; el pasaje del contenido duodenal hacia la vía biliar, favorece la angiocoledocitis como factor importante en la producción de hemorragias, lo que también sostiene Larghero, para explicar algunas hemobilia traumáticas.

Nosotros no tenemos ninguna observación de esta complicación. Entre las hemobilia tardías, en las que no entran ninguna de las causas mencionadas anteriormente, Sugasti relata dos observaciones de Tejerina, en las que el tubo en T, provocó, por decúbito, una erosión de la arteria gastroduodenal al mes de la primera intervención, obligando a una reintervención de urgencia, con ligadura de la arteria y evolución favorable de los enfermos.

La hemobilia traumática, bien estudiada por Larghero y Halliburton, tiene siempre como antecedentes un traumatismo, como agente causal, la presencia de una hemorragia digestiva, y la comprobación, en la operación o en la necropsia, de sangre en las vías biliares, o de una cavidad hepática con sangre y coágulos. Larghero dice que a la agresión inicial se agrega la autólisis hepática con necrosis y secuestración de parénquima, a la que se agrega, como factor importante, la infección para producir el cuadro descrito. La profilaxis de esta complicación se basa en la utilización de una técnica cuidadosa, una exploración suave de las vías biliares, la hemostasis de los bordes de la coledocotomía, evitar la dilatación forzada de la papila, y, si hay que actuar sobre ésta, recordar lo que decía acertadamente Soupault: "la papila, órgano minúsculo, debe ser abordada con mecanismo de relojería".

El tratamiento.—Estará de acuerdo a la magnitud de la hemorragia y al momento de su aparición. La supresión del tubo en T, dice Sugasti, citando a Moroni, que no es conveniente, porque puede exponer al coleperitoneo y su permanencia puede servir como vía de instilación de lavados con anticoagulantes, antibióticos y colangiografía si fuera necesario. Deschamps dice "que la casi imposibilidad de poder atribuir la hemobilia postoperatoria a una determinada patogenia, coloca al cirujano en una situación difícil, encontrándose desorientado en la conducta a seguir". Por lo que propone hacer, frente a una hemobilia, la reposición de la sangre perdida, antibióticos, tratando las discrasias sanguíneas que están presentes, la colangiografía si las condiciones del enfermo lo permiten, para poder retirar el tubo si hay buen pasaje colédocoduodenal y no hay hipertensión biliar, pues si la hubiera, se debe continuar con el drenaje y

seguir con el tratamiento médico. No habiendo tenido éxito estas maniobras, será necesaria, como dice Deschamps, una reintervención como último recurso, por ser dificultosa y de grave pronóstico. Se debe explorar el hígado y las vías biliares, hacer el control de la hemostasis, investigar la posibilidad de una ulceración arterial y, en último caso, hacer duodenotomía para explorar la papila, para hacer su hemostasis directa.

De cualquier manera, repetimos, es un cuadro de grave pronóstico.

REINTERVENCIONES POR HEMORRAGIA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA DEL HIGADO

Debo citar, en este capítulo, las hemorragias secundarias a una intervención por herida de hígado, de distinta naturaleza. También, en este aspecto, con el perfeccionamiento de la anestesia, transfusiones que permiten un amplio abordaje y visualización del hígado, mismo hasta por toracolaparotomía si fuera necesario, hacen posible el correcto tratamiento: sutura hermética sobre epiplón o gasas hemostáticas, o en la imposibilidad de realizarla, el taponamiento con gasas hemostáticas, eliminando los taponamientos un poco a ciegas que se hacían antiguamente. Estos adelantos han evitado las hemorragias postoperatorias y el escurrimiento biliar con la peritonitis consiguiente y, por lo mismo, la necesidad de una reintervención urgente. Sugasti analiza estadísticas de la Segunda Guerra Mundial, señalando un descenso de la mortalidad de un 60% a un 10%, con una morbilidad de 44%, atribuyendo este índice favorable, más “a los avances médicos generales de la época, que a una técnica especial en el tratamiento de dichas heridas”. Si se llega a hacer una reintervención, previa reanimación, buena anestesia, amplio abordaje, exploración y tratamiento correcto de las lesiones existentes.

En nuestra experiencia de trece años de cirugía de urgencia, en las numerosas heridas hepáticas tratadas, no tuvimos nunca que hacer ninguna reintervención. Con los estudios modernos de la segmentación hepática, sobre todo los de Couinaud, se han abierto nuevos caminos, permitiendo extirpaciones de lóbulos hepáticos, sobre todo el izquierdo, por neoplasias, quistes hidáticos, etc., intervenciones a veces dificultosas que pueden sangrar en el postoperatorio y requerir una reintervención. Lo mismo podría decir de las operaciones de tipo Longmire o de Soupault, de derivación intrahepática.

En cuanto a la punción hepática para biopsia, o para colangiografía transparietohepática, pueden provocar hemorragias; de esta última no tenemos experiencia por no haberse practicado en el medio en que actuamos.

En cuanto a las punciones de hígado realizadas en el Servicio de Medicina del Dr. Pascale, no ha tenido ningún inconveniente. Herrera Ramos y colaboradores, en un trabajo publicado recientemente, en 2.008 punciones hepáticas, tienen sólo 4 accidentes por hemorragia de mediana intensidad, que no requirieron ninguna intervención quirúrgica. Se citan, sin embargo, casos en la literatura de reintervenciones de urgencia por hemorragia o por coleperitoneo.

REINTERVENCIONES
POR PERITONITIS POSTOPERATORIAS
EN CIRUGIA DEL HIGADO

Lo que se ve más frecuentemente es la acumulación subhepática de líquido (sangre, coágulos, bilis) después de la cirugía de la vesícula y vías biliares. Glenn dice que del 7 al 10% de los operados hacen acumulación de líquidos. La bilis produce una peritonitis química, con permeación vascular, salida de plasma y aumento de la colección subhepática, sobre todo en los casos donde no se haya dejado drenaje de seguridad. El volumen del líquido acumulado, puede no manifestarse clínicamente por ser pequeño, si es mayor puede dar fiebre, dolores localizados, defensa, etc. La infección sobreagregada producirá un absceso que habrá que drenar. La aparición de estos abscesos puede demorar algunos días, o más tiempo. Se pueden encontrar, fuera de la región subhepática, en los espacios subfrénicos; Faxon dice que casi la mitad de los abscesos se hacen siempre en el espacio subfrénico derecho, que no se drena sistemáticamente como la región subhepática. Los abscesos subhepáticos y subfrénicos izquierdos son menos frecuentes. Nos hemos referido en lo que antecede a colecciones localizadas, pero también puede haber situaciones más graves, por abertura de abscesos a la cavidad peritoneal, o hacerse una peritonitis biliar, por un cístico mal ligado, en la coledocotomía y drenaje con tubo en T mal colocado, u obturado, o por una fístula duodenal producida en la disección de un pedículo difícil y no identificada en el acto operatorio, lo mismo que una herida de colédoco o hepáticos.

Todas estas situaciones crean un cuadro grave, con una mortalidad del 50%, según Bell y Warden, con síntomas ruidosos donde la intervención se plantea sin dilaciones. A veces los signos peritoneales se desarrollan gradualmente, a las 24 ó 48 horas

de la operacion. Según Bartlett y Carter, los mecanismos que intervienen en la peritonitis biliar no son bien conocidos, pues a veces hay gran acumulación de líquido intraperitoneal, sin producir signos llamativos y, a pesar de estudios muy intensos, no hay acuerdo general acerca de cuál es la importancia de los factores que ellas analizan: toxicidad de la bilis o sales biliares, pérdida de líquido, o infección bacteriana. El tratamiento depende del diagnóstico acertado y rápido. Hay que colocar un drenaje adecuado, restableciendo el estado general con las medidas conocidas.

En los casos de abscesos subhepáticos y frénicos se hace el drenaje de estas colecciones por la vía más accesible. Se evitan estos accidentes repitiendo lo que hemos dicho: el cuidado operatorio, la meticolosa peritonización del lecho vesicular y el drenaje de seguridad sistemático.

Fístula biliar.— En la colecistostomía, operacion que hoy en día se hace con poca frecuencia, salvo en casos agudos y con mal estado general, a los pocos días de la intervención disminuye y cesa la salida de bilis. Si continuara saliendo, podría ser debido a la presencia de un cálculo que obstruye el cístico o el colédoco. Una colangiografía, en estos casos, es demostrativa, pudiéndose retirar el tubo, sin inconvenientes, o si hubiera cálculos, dejarlo como válvula de escape en el caso de litiasis coledociana y para que sirva de guía para hacer la colecistectomía. Una fistula biliar total, produce una pérdida de 800 a 1.500 c.c. diarios, lo que ocasiona trastornos nutritivos importantes, que requieren una intervención quirúrgica para su corrección inmediata. Si ésta no se realiza porque el estado general del enfermo no lo permite, hay que suministrar bilis por sonda nasogástrica, que algunos autores han propuesto introducirla por gastrostomía o yeyunostomía. La pérdida de bilis, después de una colecistectomía, no es rara; puede deberse a pequeños conductos biliares ignorados, y que queden abiertos en el lecho vesicular, o a un cístico mal ligado. El corrimiento de bilis o bilirragia, por lo general cede espontáneamente, siempre que no haya obstrucción del colédoco, que puede ser debida a una estenosis por ligadura, a una litiasis residual, una odditis, o a una neoplasia, etc.

Fístula duodenal.— Durante las intervenciones en cirugía biliar, puede establecerse una fistula duodenal. Velazco Suárez, en una comunicación a la Academia Argentina de Cirugía, relata una serie de 11 casos en 3.000 colecistectomías, considerando tres grupos: 1º) consecutivas a operaciones iterativas, para tratar estenosis de la vía biliar principal; 2º) consecutivas a reinterven-

ciones por litiasis múltiples del colédoco; y 3º) las consecutivas a colecistectomías complicadas en que el duodeno, adherido a la vesícula o al lecho hepático, puede ser lesionado en su liberación, lesión que pasa inadvertida, o también por caída de una escara y fistulización consecutiva. En estos casos, la maniobra aconsejada por Lahey, de entrar al espacio subhepático, lejos del pedículo, o la maniobra de Kocher, pueden evitar la herida del duodeno. Mainetti aconseja, frente a los casos en que haya dudas sobre la integridad de las suturas en un duodeno, por malos tejidos, hacer una gastroenterostomía con exclusión pilórica como complemento de la intervención en la vía biliar.

Es una complicación grave por los serios problemas de desequilibrio humoral que trae aparejada la pérdida de líquido, necesitándose alimentación hipercalórica e hiperproteica, la que se puede realizar por intubación nasogástrica. Mainetti dice que en estas fístulas duodenales laterales, el mejor método es el catéter fino, arrastrado por un hilo con munición, a través de la fístula y, en caso de fracaso, la yeyunostomía, unido al tratamiento local de la fístula, aspiración continua, protección de la piel, como lo hemos visto en el estudio de las fístulas duodenales en cirugía gástrica, y si estos procedimientos fracasan, dice Mainetti, no debe perderse tiempo en transformar una fístula duodenal lateral grave, en una terminal, más benigna, realizando la gastroenterostomía con exclusión del píloro.

REINTERVENCIONES DE URGENCIA POR LESIONES DE VIAS BILIARES

Durante las maniobras operatorias, sobre todo en la colecistectomía, pueden lesionarse las vías biliares, que pasando inadvertidas, dejan graves secuelas; según Velazco Suárez, uno de los cirujanos que tiene más experiencia en el tema. Se trata de verdaderos desastres de la cirugía, y según la expresión de nuestro malogrado amigo el Dr. Atilio Lasala, una lesión de vía biliar que pasa inadvertida en el acto operatorio, le injerta al paciente una enfermedad de curso maligno. Velazco Suárez dice en 1961, en su actuación de treinta y siete años, ha tratado 55 pacientes con estas lesiones quirúrgicas, con un total de 110 operaciones plásticas, señalando que algunos de sus pacientes han tenido que sufrir hasta diez reintervenciones en el curso de varios años, muchas veces seguidas de fracasos, llegando a la aparición de la cirrosis colostática hepatoesplénica, y a las cirrosis xantomatosas estudiadas en nuestro país por los profesores del Campo y Varela Fuentes. Entre las causas de las heridas de vías biliares se encuentran las dificultades operatorias por inex-

perencia del cirujano, anomalías de vías biliares bastante frecuentes, sobre todo por abocamiento directo del cístico, lesiones inflamatorias, que cambian la anatomía normal de la región, sobre todo como lo señala Sánchez Zinny, en las colecistectomías de vesículas previamente colecistostomizadas. Ligaduras mal colocadas, a veces por tracción excesiva de la vesícula, lo que acoda el hepatocolédoco, etc. Las lesiones pueden ser mínimas, a veces una simple punción, que provoca una bilirragia si hay hipertensión biliar, heridas laterales en canales biliares, de fácil reparación, y otras veces las lesiones son más importantes y graves, como sección total de los canales, y hasta resección de un sector. Es muy diferente el pronóstico, lo vuelvo a repetir, si estas lesiones son observadas en el acto operatorio, donde pueden ser reparadas de inmediato, no dejando secuela, o pasar desapercibidas, donde la situación cambia fundamentalmente. La profilaxis de estas lesiones es lo que he venido repitiendo en el transcurso de este relato: cuidado de la técnica operatoria, buena visualización, maniobra de Kocher, etc. Lahey dice "que se debe operar mucho, antes de considerar que se opera bien" y, a veces, la misma confianza es la que provoca estas situaciones. Tenemos por norma, ante la menor dificultad operatoria, y si no se observa bien el pedículo, hacer la colecistectomía de fondo a cuello, menos elegante, pero más segura. En los casos más difíciles, hacemos la colecistectomía a la manera de Delageniere o Pribram, y mismo en los casos agudos, con mal estado general, la colecistostomía que puede evitar un desastre. La prolija revisión del campo operatorio antes del cierre, para observar si hay algún escape biliar, es imprescindible. No me corresponde a mí el tratamiento de esta complicación operatoria y su corrección inmediata; debo ocuparme de las reintervenciones en el caso de que estas lesiones hayan pasado inadvertidas y puedan crear un problema urgente en ciertos casos, con agravamiento del estado general y de nutrición.

Según Del Valle, "la única manera que el enfermo pueda curar en forma radical, es no reoperarlo antes de los sesenta días" para que disminuya la infiltración y la fragilidad de los tejidos. Como plan operatorio, ante una reintervención de urgencia, que vuelvo a repetir es excepcional, debe hacerse una incisión amplia, con buena anestesia, para visualizar bien el hiliohepático, y hacer un reconocimiento cuidadoso de las lesiones recurriendo, si es necesario, a la colangiografía para la localización de las vías biliares lesionadas. Se debe investigar los cabos seccionados, haciendo la anastomosis término-terminal, como lo aconsejan Lahey y Cattell, dejando un tubo de Kehr por una coledocotomía inferior a la sutura, si es posible, y si no por el sitio de la misma sutura. Esta sería la conducta ideal; si no fuera posible, se debería realizar la anastomosis biliodi-

gestiva colédoco o hepatoduodenostomía y, si esto tampoco fuera posible, la hepatoyeyunostomía en Y, o la operación de Longmire. Este punto no me corresponde tratarlo en detalle.

A veces no se puede realizar, en la reintervención, por dificultades técnicas, mal estado del enfermo, o prolongación del acto operatorio, el plan definitivo; en ese caso, se debe investigar el cabo proximal del conducto seccionado y avenarlo al exterior, para, en un segundo acto operatorio, realizar el tratamiento correcto en mejores condiciones. Tampoco puedo entrar en detalles sobre este punto.

De nuestra estadística puedo citar un caso personal de herida de vías biliares en una colecistectomía muy fácil, de cuello a fondo, que al seccionar el cístico, nos dimos cuenta que era el colédoco; la vesícula se implantaba casi directamente en él. Se hizo la sutura cabo a cabo sin dificultades, colocando un tubo en T; hizo un postoperatorio sin incidentes, la colangiografía de control demostró, o un doble colédoco o posiblemente una confluencia muy baja de los hepáticos, estando la vesícula implantada directamente en el hepático derecho. La otra observación es una joven, a la que un cirujano del Servicio le hizo una colecistectomía de cuello a fondo sin dificultades, pero con un postoperatorio con dolores y bilirragia, que se atribuyó a un escape de ligadura del cístico y que cesó espontáneamente.

Desde entonces la enferma tuvo episodios dolorosos, con fiebre e ictericia; fue intervenida por mí, pensando en la posibilidad de una litiasis residual. Fue una intervención muy laboriosa, por las adherencias; al despegar el duodeno se hace una pequeña herida que se sutura en dos planos. Fue sumamente difícil encontrar el cabo proximal, que se pudo localizar en el hileohepático, colocándole una sonda de Nélaton. No se pudo encontrar el cabo distal y, ante la prolongación del acto operatorio y el estado de la enferma con hemorragias, se termina la intervención. Durante la noche hubo que reintervenirla por hemorragias que mojan la curación; se pudo hacer solamente un taponamiento del lecho hepático sin poder precisar de dónde provenía la sangre; mejoró y salió de este estado con transfusiones de sangre fresca.

Después de un postoperatorio accidentado, en que hizo una fístula duodenal, fue reintervenida por el Dr. Forrís por un absceso subfrénico. En otra intervención se le hizo una gastroenterostomía con exclusión del píloro para el tratamiento de la fístula duodenal, luego una hepatoyeyunostomía, posteriormente una resección del reborde costal por condritis y, por último, ante la existencia de una fístula, una fistuloyeyunostomía anterior.

Esta última intervención fue realizada en noviembre de 1963, y desde entonces la enferma ha continuado sin molestias.

Litiasis residual de colédoco.—Tampoco puedo extenderme mucho sobre este tema, que será objeto de una Mesa Redonda en el Congreso del año próximo. Además, plantea una conducta de urgencia sólo en casos especiales. La litiasis del colédoco, que ya puede ser diagnosticada en el preoperatorio, por la historia, el examen clínico, el sondeo duodenal, la colecistografía por los métodos actuales, y en el acto operatorio por la exploración del colédoco, y que, de acuerdo a Chifflet, se puede hacer: 1º) su examen indirecto del interior del colédoco, por colangiografía o manometría operatoria, procedimientos que, por distintas causas no los podemos hacer corrientemente y que, según el mismo Chifflet, tampoco deben ser sistemáticos; 2º) por examen directo por maniobras externas al colédoco, es decir, por decolamiento duodenopancreático y una buena visualización del colédoco; 3º) por examen directo del interior del colédoco, haciendo una coledocotomía y su exploración instrumental (exploradores, beniqués, pinzas de distintos tipos, etc.), palpación sobre estos instrumentos, instilación de suero a presión; 4º) examen directo por el duodeno, realizando una duodenotomía, papilotomía, o esfínteroplastia. No pasaré en detalle todos los procedimientos, recalcando que se debe hacer una buena exploración del colédoco para evitar la litiasis residual que, mismo por el procedimiento más seguro, la colangiografía operatoria, divulgada por Mirizzi, puede pasar desapercibida, aunque en porcentaje mínimo.

Del Campo aconseja dejar siempre un drenaje transcístico, con un pequeño tubo de goma, que retira a los pocos días, y que permite hacer una colangiografía postoperatoria y no dejar una litiasis residual y sus consecuencias. Si comprobamos la presencia de litiasis residual, generalmente hacemos instilaciones de novocaína al 2%, como lo ha aconsejado Carlos Allende, habiendo tenido éxito en algunos casos de cálculos pequeños. Hemos utilizado en otra época el método de Pribram con éterparafina, y el de Negri con gomenol y ácido benzílico, pero sin obtener ningún resultado.

En el caso de que se plantee la intervención quirúrgica, en la mayoría de las veces, siguiendo a Velazco Suárez, hemos hecho una coledocotomía mínima, guiados por el tubo de Kehr hasta llegar a su implantación en el colédoco, pudiendo extraerse los cálculos con las pinzas adecuadas. En algún caso más difícil, de enclavamiento de cálculos en la papila, hay que hacer una intervención más amplia, liberando las adherencias, movilizándolo el duodeno y mismo, haciendo la duodenotomía. En los tres últimos casos de litiasis residual, hemos utilizado la pinza de

Mondet, quien publicó un trabajo en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, aconsejando una pinza maleable a la que se le puede dar la angulación que se desee y que, introducida por el trayecto que queda al retirar el tubo en T, se puede hacer la extracción incruenta del o los cálculos residuales. Se puede utilizar la pinza bajo pantalla radioscópica o con el reforzador de imágenes, introduciendo líquido de contraste, para mayor seguridad. De nuestros tres casos hemos tenido éxito en dos, en los que se pudo hacer la maniobra con toda facilidad, no así en el tercer caso, en que hubo que hacer la reintervención completa. La utilización de esta pinza debe tenerse muy en cuenta, porque su empleo puede evitar una reintervención y su uso prudente no trae ningún peligro.

Cístico residual.— El muñón cístico residual y los síndromes postcolecistectomía, no entran dentro del marco de este trabajo, por lo que no hago más que citarlo, pues no plantean problemas de reintervención urgente.

La pancreatitis aguda postoperatoria en cirugía biliar.— Puede presentarse este cuadro, sobre todo, en las intervenciones que comprendan la papila, después de una exploración instrumental del colédoco en su parte inferior, lo que puede producir edema y obstrucción de la papila de Vater. Sánchez Zinny y Figueroa, sobre 393 operaciones en colédoco inferior y papila, registran siete casos de pancreatitis postoperatoria grave, de los cuales cinco mortales. Por eso no se deben prodigar estas exploraciones y, si son necesarias, ser muy prudentes en su utilización. Bartlett dice que la vía transduodenal directa hasta la papila de Vater, es más segura que la manipulación forzada de esa zona. La pancreatitis aguda postoperatoria, es la más frecuente cuando se utilizaba el tubo en T de rama larga de Cattell, que llegaba al duodeno a través de la papila, lo que es negado por este autor. Es una complicación muy grave, el diagnóstico se hace por los síntomas generales, el agravamiento del enfermo, la determinación de la amilasa. El tratamiento debe ser esencialmente médico: aspiración nasogástrica, reposición del equilibrio humoral, con líquidos electrolitos, plasma, sangre, anticolinérgicos y Trasilol. Según Sánchez Zinny, en estos último años se ha aconsejado actuar directamente sobre la papila, realizando una papilotomía para facilitar la excreción pancreática, y Leger considera oportuno, en ciertos casos, hacer el drenaje transpapilar del Wirsung. El mismo Sánchez Zinny, en las pancreatitis agudas, realiza el avenamiento transpapilar a la manera de Doublet, pero dice que esta conducta que se realiza en las pan-

creatitis agudas no operatorias, debe ser motivo de cuidadoso estudio el extenderla a las pancreatitis agudas postoperatorias.

No puedo extenderme en más detalles sobre este tema, complicaciones de la papiloplastia, etc.

REINTERVENCIONES POR QUISTES HIDÁTICOS DEL HIGADO

Las complicaciones del quiste hidático del hígado son muy numerosas. Han sido muy bien tratadas en los relatos de Bar-sabás Ríos, Calleri, Casiraghi y Cendán Alfonso, en Congresos Uruguayos y Argentinos de Cirugía. Como complicaciones que requieran una intervención de urgencia, debo citar, en primer término, las hemorragias que, según Cendán, son poco frecuentes. En nuestra experiencia pudimos observar dos casos: uno en 1934, siendo Médico Adjunto del Servicio del Prof. Lamas, en un enfermo operado de quiste hidático del hígado, que falleció con una hemorragia imposible de cohibir con el taponamiento, y otro, en 1936, en el Hospital de Salto, que cedió con el taponamiento. La causa de la hemorragia en los quistes marsupializados, es la ulceración de un vaso de la adventicia y, según Cendán, su mecanismo se debe a que los vasos tienen la pared convertida en adventicia y están sometidos a una reacción fibroplástica, que los mantiene abiertos en el caso de su ulceración. Y señala un segundo mecanismo que se observa en los quistes infectados y supurados, en que los vasos se ulceran produciéndose la hemorragia.

Cendán señala que este mecanismo es más frecuente en el quiste hidático de pulmón que en el de hígado. La hemorragia sería favorecida por el uso del tubo de drenaje rígido que lesiona la pared. La hemorragia puede presentarse, también, en los quistes a los cuales se les ha hecho adventicectomías totales o parciales. El tratamiento de la hemorragia es el taponamiento, que puede ser doloroso y, al retirarlo, provocar nuevos desprendimientos adventiciales, como lo señala Ríos en su relato.

Se puede utilizar las gasas hemostáticas (espongostán, gell-foam, y oxicel, etc.), mantenidas por un taponamiento suave, además de las medidas generales, transfusiones, coagulantes, etc. Casiraghi, en un caso de hemorragia a repetición, relleno la cavidad con trozos de placenta, apoyado por un taponamiento, obteniendo la curación sin inconvenientes. Si el quiste fuera calcificado, Suárez Meléndez y Chifflet aconsejan el desprendimiento de los trozos de adventicia calcificados y nuevo taponamiento. Pero el tratamiento racional, dice Cendán, sería la adventicectomía secundaria, pero se trata de una operación seria y de gran riesgo, debiendo hacerse la compresión del pedículo hepático para

poder controlar la hemorragia durante las maniobras quirúrgicas. Las demás complicaciones del quiste hidático, bilirragia persistente, pasaje al tórax, fistulización en vísceras vecinas, no requieren, por lo general, una conducta de urgencia.

En los quistes, a los que se les ha hecho la adventicectomía total o parcial, puede producirse hemorragia postoperatoria que requiera una reintervención de urgencia, en la que habrá que hacer el examen del sitio operatorio, nuevas ligaduras si se pueden visualizar los vasos sangrantes, o si no el taponamiento.

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA PANCREÁTICA

Durante los últimos veinte años el páncreas ha entrado dentro de la cirugía corriente, por el tratamiento de diversas afecciones, agudas o crónicas: litiasis, quistes, neoplasias, hiperinsulinismo, por lo que se describen complicaciones posibles de reintervenciones de urgencia.

Hemorragias.— El páncreas es un órgano muy irrigado, por lo que es frecuente la posibilidad de una hemorragia postoperatoria. Puede suceder ésta después de una biopsia pancreática, que debe hacerse con mucho cuidado, en la duodenopancreatectomía, en los pseudoquistes pancreáticos marsupializados. Sugasti relata dos casos de Tejerina de hemorragia mortal postoperatoria, una de ellas fulminante. También puede presentarse hemorragia en las resecciones pancreáticas por pancreatitis crónica y después de la formación de abscesos pancreáticos postoperatorios, siendo la infección la causa de la ulceración de un vaso y la hemorragia consiguiente. Además de estos factores causales, deben señalarse fallas en la técnica o en la táctica quirúrgica (ligaduras ineficaces o suturas que producen necrosis local de los tejidos). La reintervención debe ser obligatoria y urgente en la hemorragia en cualquiera de estas intervenciones, realizando un abordaje directo del foco operatorio, ligadura del vaso sangrante, o el taponamiento, como último recurso.

Fístulas pancreáticas.— Es una complicación de consecuencias graves, por la gran pérdida de líquidos y electrolitos, con la inanición consiguiente, además de las complicaciones locales por digestión de la piel y los tejidos.

Pueden aparecer por traumatismo pancreático, después de la liberación o el cierre de un muñón duodenal difícil, o la disección de una ulceración penetrante en el páncreas, en la que se puede lesionar un canal pancreático importante, lo mismo que por lesiones de origen externo (heridas, contusiones, etc.).

Nissen cita casos de lesiones inadvertidas de conductos pancreáticos accesorios en las pancreatectomías parciales en cirugía

esplénica, gástrica, o cólica ampliadas, debiendo mencionar aquí las consideraciones que hace el Prof. del Campo, comentando un trabajo de Otero, de colectomía subtotal, pancreatectomía, con fístula postoperatoria, y donde pasa revista a las posibilidades de producción de esta fístula y la forma de evitarlas. Debo mencionar también las fístulas consecutivas a la marsupialización de los pseudoquistes pancreáticos, que trataré aparte.

Establecida y reconocida la fístula pancreática, su tratamiento debe ser urgente: reposición de los líquidos perdidos para el restablecimiento del equilibrio humoral hidrosalino, protección de la piel con pomadas adecuadas, aspiración continua por sonda nasogástrica, dieta absoluta, anticolinérgicos e inactivadores de la tripsina pancreática, y aspiración del trayecto fistuloso.

Estos medios tienen éxito en las fístulas de poca intensidad; teniendo que proceder a una reintervención, el cierre de la fístula fracasa por la calidad de los tejidos a suturar; en la mayor parte de los casos, tratándose de fístulas duodenopancreáticas laterales, hay que tratarlas como dijimos anteriormente en el capítulo de fístulas duodenales, por derivación gastroyeyunal, gastrectomía de preferencia si el estado general del enfermo lo permite, o si no gastroenterostomía con exclusión de píloro, como conducta de emergencia. El tratamiento ideal sería la implantación de la fístula en el tubo digestivo, por anastomosis término-terminal, pancreáticoyeyunal, en Y, a la Roux, con dos o tres planos de sutura, o la pancreático término-lateral de Puestow.

Los pseudoquistes pancreáticos.— Se producen como una secuela o complicación de la pancreatitis aguda, inmediatos a ésta, o más tardíos. El diagnóstico clínico puede ser fácil, con síntomas claros como la tumoración palpable, fiebre y malestar general. El estudio radiológico demuestra la abertura del marco duodenal y rechazamiento del estómago. Los pseudoquistes pancreáticos pueden necesitar una reintervención de urgencia para drenarlos y evitar su abertura en peritoneo libre, con la peritonitis consiguiente. La marsupialización de estos quistes puede llegar a la constitución de una fístula pancreática que deba necesitar una reintervención, a veces de urgencia, por el estado general del enfermo, como lo relataremos en una observación personal. Se aconseja en la intervención de un pseudoquiste pancreático las operaciones de derivación, cistogastrostomía a través del estómago, por una gastrostomía, como lo aconseja Juracz, citándose algunos casos de hemorragia en este procedimiento, o la cistoduodenostomía para los quistes de la cabeza del páncreas, la cistoyeyunostomía en Y de Roux.

Dubilet y Mulholland, sosteniendo el criterio que todos los quistes inflamatorios del páncreas tienen por origen el reflujo de la bilis al canal de Wirsung, secundario a una estenosis o espasmo del Oddi, proponen una esfinterotomía y el drenaje del quiste a través del Wirsung con un tubo de polietileno, que sale al exterior a través del duodeno, o por un drenaje de Kehr del colédoco. La conducta ideal sería la pancreatectomía distal; sale de nuestro tema el análisis de este procedimiento.

La marsupialización del pseudoquiste puede dejar como secuela una fístula con todas sus consecuencias y que puede persistir a pesar del tratamiento general, infiltración de los esplácnicos (Albanese), relleno del trayecto fistuloso con placenta y el tratamiento general correspondiente.

La fistulografía puede dar datos muy valiosos en esta eventualidad. Relato una observación personal de un paciente de 45 años, con una pancreatitis aguda hemorrágica, sin antecedentes patológicos evidentes.

Tratado por el Dr. Pascale, con los medios ya citados, a los que se agregó el uso de los inactivadores de la tripsina (Trasilol), salió del cuadro de gravedad inicial, recuperándose y constituyéndose un pseudoquiste pancreático voluminoso, que requirió la intervención al mes de la iniciación de los síntomas de la pancreatitis.

La colección hacía saliencia en el epiplón gastrohepático. Se le hizo un drenaje en ese sitio, saliendo más de un litro de líquido; la vesícula y vías biliares eran normales; se colocó un tubo de drenaje, se constituyó una fístula pancreática que no tuvo tendencia a cerrar, pese a la aspiración y a todos los métodos utilizados en estos casos. Tenía episodios de retención, con estado febril, y gran desnutrición. La fistulografía demostró una cavidad retrogástrica, que comunicaba con el Wirsung, el que se visualizaba muy bien, habiendo una buena evacuación de la sustancia de contraste al duodeno, lo que demostraba la buena permeabilidad del Oddi. Se reinterviene con el propósito de hacer una extirpación del quiste y de la porción distal del páncreas, lo que no fue posible por las adherencias, que impidieron cumplir nuestro propósito. El trayecto fistuloso fue muy fácil de disecar hasta la profundidad, y fue también muy fácil hacer su anastomosis al estómago, por detrás de la pequeña curva. Se le hizo una colecistostomía de drenaje como complemento. El enfermo evolucionó bien, pese a una disrupción parcial de la vía operatoria; se le hizo una colangiografía que demostró la completa normalidad de las vías biliares y del buen pasaje al duodeno. Se retiró el tubo de la colecistostomía, cerrando la herida. Este enfermo tuvo en el postoperatorio algunos episodios febriles.

les dolorosos, que no se repitieron más, estando en la actualidad, a más de un año de la intervención, sin molestias y con un excelente estado general.

El Dr. Forrisi me comunicó una observación personal, de una enferma que intervino, después de un cuadro de pancreatitis subaguda, encontrando un pseudoquiste pancreático supurado, en el que se observaban en el fondo de la cavidad, vasos de gran calibre. Esta enferma falleció en el postoperatorio inmediato, de una hemorragia fulminante. Se le había hecho solamente el drenaje de la colección supurada.

REINTERVENCIONES DE URGENCIA EN CIRUGIA ESPLENICA

Hemorragias.— Es la principal causa de la reintervención en cirugía del bazo, como complicación de la esplenectomía, la que se ve en la actualidad con más frecuencia, pues el estudio de las hemopatías, particularmente el hiperesplenismo primitivo o secundario, las ha hecho más comunes.

Algunos autores señalan el 4% de reintervenciones por hemorragias. Estas pueden deberse a falta de técnica, fallas o ausencia de ligaduras, y adherencias esplénicas por periesplenitis, o desgarros de diafragma, o, lo que es más grave, la falla de la ligadura del pedículo del bazo. También puede haber lesiones del bazo, en intervenciones de otros órganos, gastrectomías, colectomías, y que, si pasan inadvertidas, pueden provocar situaciones graves. Fuera de estas causas, las hemorragias postoperatorias pueden deberse a hemorragias en napa de la logia esplénica por descenso del número de plaquetas. La utilización de la punción esplénica como diagnóstico, o en la esplenoportografía, puede ocasionar hemorragias y requerir una intervención de urgencia. La punción esplénica está contraindicada en pacientes con tiempos de protrombina debajo del 60%.

No voy a entrar en detalles de la conducta técnica en la esplenectomía. Pero quiero destacar que es una intervención riesgosa y que debe ejecutarse con prudencia. Grey-Turner dice “que es una operación que infunde más respeto, cuando mayor es la experiencia del ejecutante”.

Al hacer la liberación del ligamento gastroesplénico, hay que tener cuidado de no lesionar la pared del estómago, en la ligadura de los vasos cortos, y lo mismo que evitar ligar la cola del páncreas, en el pedículo pancreático esplénico, lo que produciría las fístulas gástricas o pancreáticas con su consecuencia. No olvidar la búsqueda de bazos accesorios, como causa de fra-

caso de la esplenectomía. Finochietto dice “ligar bien, desconfiar siempre”. Hacer una buena revisión antes de cerrar, lo que no se aplica sólo a la esplenectomía, sino a todas las intervenciones. Ante el caso de una hemorragia postoperatoria, por trombocitopenia idiopática, hay que hacer el recuento de las plaquetas, administrar corticoides y transfusión de sangre fresca, lo que puede mejorar el cuadro clínico. Si hay que reintervenir la hemorragia, por lo general es en napa, en la logia esplénica, por lo que solamente se puede hacer el taponamiento de dicha logia.

En las reintervenciones por las otras causas citadas anteriormente, se debe proceder como lo hemos aconsejado en el transcurso del relato, investigando de la mejor manera posible el vaso sangrante.

También debo hacer referencia a la formación de un absceso subfrénico, después de una esplenectomía, por infección de un hematoma de la logia esplénica, lo que necesitará una reintervención para evacuarla.

REINTERVENCIONES URGENTES EN CIRUGIA INTESTINAL

Dentro de la cirugía del yeyunoíleon, no hemos encontrado ninguna observación de hemorragia postoperatoria; en cambio, son más frecuentes las fístulas ileales, después de yeyunostomías u otras intervenciones. Puede producirse la fístula en peritoneo libre, lo que trae por consecuencia una peritonitis con sus graves repercusiones. Ricardo Finochietto, describe las fístulas del delgado en cuatro categorías: 1^o) por persistencia del canal onfalomesentérico; 2^o) consecutivas a enterostomía quirúrgica; 3^o) postraumáticas, postoperatorias e inflamatorias; 4^o) consecutivas a hernias estranguladas. A veces las fístulas, sobre todo las consecutivas a procesos inflamatorios, se abren al exterior por intermedio de un absceso, que hay que drenar primeramente. Cuanto más alta es la fístula, mayor es la repercusión sobre el estado general. El tratamiento es el mismo que para las otras fístulas de que ya hemos hablado: aspiración continua, protección de la piel, restablecimiento del equilibrio humoral; combatir la infección, la que unida a la hipoproteïnemia, distensión y la agresividad de los jugos digestivos, hace la evisceración inminente, como dice Sánchez Zinny, y continúa, “un problema que no es generalmente fácil de resolver, es el de la oportunidad de reintervenir quirúrgicamente, frente a fístulas yeyunoileales”.

El examen radiológico, o fistulografía, puede ser de utilidad en muchos casos. El tratamiento de la peritonitis difusa producida en el postoperatorio de la cirugía intestinal, puede suceder a perforaciones accidentales, pasadas desapercibidas, dehiscencia de la sutura, trombosis de vasos mesentéricos, lo que requiere la reintervención de urgencia para el tratamiento de la lesión y el drenaje correspondiente.

En los casos de fístulas ileales, Ricardo Finochietto aconseja, en las situaciones en que hay que reintervenir de urgencia por el mal estado general del enfermo, tratar de equilibrar éste lo más rápidamente posible, y efectuar en un primer tiempo, una anastomosis láterolateral de los dos cabos fistulizados, a 5 cm. de la abertura de la piel, lo que permite una normalización parcial del tránsito intestinal, mejorando el estado general y la piel. Pocas semanas después se hace el cierre de los cabos fistulizados. Dice Finochietto que la operación mínima, cierre de la fístula extra o intraperitoneal, hay que evitarla porque está condenado al fracaso, lo mismo que el cierre y la enteroanastomosis en un tiempo, lo que es shockante y peligroso. En el caso de que el estado general lo permita, se debe hacer la exploración, la resección del asa fistulizada y la enteroanastomosis. Cito una observación personal de una fístula ileal, consecutiva a una apendicectomía laboriosa practicada por otro cirujano, que tuve que reintervenir en dos ocasiones: en la primera oportunidad fracasó el cierre del orificio fistuloso, como ya lo ha señalado Finochietto, por lo que, en otra sesión operatoria, efectué la resección del asa y la anastomosis correspondiente, conducta que resultó exitosa, curando el enfermo.

REINTERVENCIONES URGENTES EN CIRUGIA DE COLON Y RECTO●

Hemorragias.— Pueden producirse a nivel de la sutura en las anastomosis del colon; son poco frecuentes, de poca entidad y, por lo general, no requieren una reintervención. Son más frecuentes las hemorragias provenientes de las zonas de decolamiento extensas del colon y recto, sobre todo en las colectomías ampliadas y en la resección abdominoperineal del recto, en el decolamiento presacro y en la zona perineal, donde debe ponerse especial cuidado en hacer una buena hemostasis, y una buena peritonización recurriendo a distintos métodos para lograr el recubrimiento de la superficie cruenta, en la cirugía del colon, con drenajes aspirativos para algunos cirujanos y el taponamiento de la logia rectal en la abdominoperineal.

Puede también producirse una hemorragia intraperitoneal en el caso de un pedículo mal ligado o en la falla de la ligadura de pedículos del mesocolon. La aparición de los síntomas clásicos de la hemorragia, taquicardia, palidez, caída de presión, etc., alertarán al cirujano sobre la presencia de una hemorragia postoperatoria, para proceder a la reintervención si es necesario, haciendo una exploración de la zona operatoria, investigando los pedículos y las zonas cruentas, y procediendo como corresponde.

Por lo general, son operaciones cruentas, en las que hay que reponer el volumen sanguíneo perdido y, como dice Turell: "agregar un monto adicional de sangre por encima del total perdido, por la posibilidad de la aparición de un cuadro de shock incipiente, que llevará a una exploración innecesaria". "La sepsis —agrega Turell— puede considerarse como el factor etiológico del colapso vascular." Las complicaciones más frecuentes de la cirugía colónica son las peritonitis, las fístulas y el íleo. Las peritonitis son la causa mayor de muerte en la cirugía de colon, a veces por activación de un proceso patológico preexistente (colitis ulcerosa), o por lesiones inadvertidas, sobre todo en vías urinarias. La peritonitis por desunión o fuga en resecciones y anastomosis, se presenta a veces inmediatamente a la intervención y otras veces varios días después de ella. Se observan los síntomas clásicos de la peritonitis, taquicardia, hipertermia, dolores abdominales, defensa, shock, etc. Los signos radiológicos demostrando el hemoperitoneo, a veces, el íleo regional, etc.

Se trata de peritonitis de muy grave pronóstico. Estas peritonitis pueden estar localizadas formando abscesos, en vecindad de las anastomosis que pueden drenarse al exterior, o abrirse al interior del intestino, o también producirse abscesos pelvianos y subfrénicos. La profilaxis de estas complicaciones, comienza en el preoperatorio, con la buena preparación del enfermo: transfusiones, balance electrolítico, antibióticos (sulfatimidina, neomicina, etc.) para evitar la enterocolitis postoperatoria, según Hedberg y Welch. La decompresión intestinal por sonda instalada antes de la operación y mantenida en el postoperatorio; algunos cirujanos aconsejan la gastrostomía con el mismo fin; las colostomías de derivación se utilizan, sobre todo, en los casos en que haya dudas respecto a la anastomosis o a la posibilidad de estenosis. Algunos cirujanos utilizan la sonda rectal llevada hasta por encima del sitio de la anastomosis, lo que otros desaconsejan, y otros cirujanos preconizan la dilatación forzada del ano o las esfinterotomías.

Durante el acto operatorio la táctica y técnica operatorias más perfectas posible: protección de los bordes de la incisión, instalación de drenajes adecuados, etc. Si la reintervención se

impone, Hedberg y Welch, ya citados, dicen que "la decisión para operar suele ser más difícil que la propia operación". Se debe hacer la exploración cuidadosa, con buena aspiración, lavado peritoneal con precaución para no difundir la infección, y proceder en consecuencia.

El uso de los antibióticos de amplio espectro, por vía parenteral, sobre todo el cloramfenicol que, según Cohn es el mejor antibiótico de acción tópica con la kanamicina, aunque parecen haber originado paros respiratorios. Si la anastomosis se hubiera desunido, se debe exteriorizar y, en caso contrario, colocar mechas y drenes que aislen el foco y vuelquen el contenido al exterior. Otras veces se puede hacer el cierre de la dehiscencia, lo que obliga a realizar una colostomía de derivación. Repitiendo lo que dicen los autores citados, el postoperatorio de esos pacientes puede ser muy tormentoso, aunque, a pesar de su gravedad, pueden recuperarse. Los abscesos intraperitoneales de vecindad, que deben drenarse, crean dificultades por las adherencias de las asas intestinales y el peligro de su desgarramiento. Los abscesos pelvianos o subfrénicos, responden, por lo general, a los métodos conservadores, de lo contrario, los pelvianos pueden drenarse a través de la pared del recto, o por vía vaginal en la mujer, y los subfrénicos por las vías conocidas y ya citadas.

Fistulas fecales.— Se pueden producir por una falla de la sutura en las anastomosis y también cuando se coloca un dren en contacto de ella, lo que no debe hacerse nunca. Según la estadística de Hedberg, hay un 3% de fistulas en 400 resecciones por anastomosis. Si las fistulas son pequeñas y no hay estenosis distal e inflamatoria persistente, tienen tendencia a cerrar espontáneamente. Si las fistulas son más grandes, pueden persistir y hacer necesario el tratamiento quirúrgico.

Si permanecen más de seis semanas después del acto operatorio primitivo, se aconseja hacer colostomía de derivación, como primer tiempo, con lo que a veces se logra la curación; y, en caso contrario, la resección y nueva anastomosis. Las fistulas ureterales y vesicales plantean problemas especiales, los que hay que resolver, por lo general, con la cooperación del urólogo, por lo que no entra en el tema.

REINTERVENCIONES EN COLOSTOMIAS

Estas pueden dar complicaciones postoperatorias que, según Cendán, pueden ser inmediatas, en las que distingue: 1º) peritonitis por contaminación operatoria, suturas incorrectas; 2º) obstrucción por errores en la confección del espolón, torsiones, mala

ordenación del asa; 3º) evisceración, la que se evita con la sutura de la brecha peritoneal y de la piel; 4º) desprendimiento por maniobras intempestivas de exploración, distensión gaseosa, formando generalmente un flemón pioestercoráceo; 5º) necrosis del asa por mala irrigación, compresión, la que puede llevar al desprendimiento y a la peritonitis; 6º) infección, abscesos, flemones, ulceraciones; 7º) hemorragias por hemostasis incompletas, pólipos, etc.

Las complicaciones alejadas no me corresponde analizarlas, aunque debo citar aquí las complicaciones del cierre de la colostomía que puede presentarse, según Cendán, y ser: abscesos, flemones, fístula estercorácea, estenosis, eventración y, sobre todo, las complicaciones por el uso del enterótomo en la sección del espolón si se ha confeccionado éste, y se quiere hacer el cierre extraperitoneal. Entre estas complicaciones se han citado hemorragias, necrosis, lesión de un asa delgada y hasta lesiones del uréter, todas causas que obligan a una reintervención de urgencia para el tratamiento adecuado en cada caso particular.

REINTERVENCIONES URGENTES POSTAPENDICECTOMIA

Este tema fue objeto de un relato en el XIII Congreso Uruguayo de Cirugía, por el Dr. I. Hojman, de San Carlos, y un correlato del Dr. J. Mautone (h.), los que hacen un estudio completo, por lo que no quiero entrar en repeticiones.

La complicación más frecuente es la hemorragia y Sugasti, en su relato, destaca el hecho de que se haga poca mención de esta complicación y de las comunicaciones sobre ella, siendo la apendicectomía, al parecer, la intervención que más se complica de hemorragia. En una encuesta que hizo a todos los socios de la Asociación Argentina de Cirugía, aparecen treinta casos de hemorragia postapendicectomía. En la mayoría de los casos este accidente sucede por una falla en la técnica, sobre todo teniendo en cuenta que es una intervención que se realiza por cirujanos que recién comienzan su aprendizaje, a pesar de que puede suceder en manos de técnicos muy capaces y entrenados. En nuestra casuística no tenemos ninguna reintervención por hemorragia; solamente una observación de clientela privada, que tuvo un postoperatorio algo accidentado después de una apendicectomía sin dificultades; dolores, fiebre, ligera anemia, hicieron sospechar una hemorragia discreta que no planteó la posibilidad de una reintervención, terminó haciendo un absceso que fue drenado quirúrgicamente. Se trataba de un hematoma intraperitoneal, infectado secundariamente.

Las hemorragias pueden ser precoces: la mayor parte de ellas por fallas en la ligadura del meso, o tardías, en las que a la hemorragia se agrega la infección, que reagrava la hemorragia, llegándose a situaciones tan graves como las que cita Sugasti en dos observaciones de Fletcher que obligaron a hacer la compresión previa de la aorta por incisión transrectal izquierda y poder así abordar el foco de hemorragia. Se trataba de ulceraciones de la arteria ilíaca externa, lo que obligó a su ligadura, curando posteriormente los enfermos. Antiguamente se han citado casos de ulceración de la arteria ilíaca externa, por decúbito, provocado por el tubo de drenaje, colocado por la incisión de Mc Burney al Douglas, conducta que no se debe seguir nunca. Conoció una observación, en el año 1935 en el Hospital de Salto, en que se procedió de la manera citada, falleciendo el enfermo de una hemorragia fulminante en el postoperatorio.

En cambio, las reintervenciones por íleo postapendicectomía, por distintas causas, son más frecuentes. Tampoco debo referirme a ellas por haber sido tratadas en el relato de Karlen el año pasado.

Hecho el diagnóstico de hemorragia postoperatoria, la reintervención se impone con urgencia, sobre todo si el diagnóstico es evidente. Otras veces, si es dudoso, se pone a prueba el criterio y la decisión del cirujano, para el planteamiento de la reintervención.

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GINECOLÓGICA

Hemorragias.— Son frecuentes en cirugía ginecológica por la irrigación de los órganos pélvicos, muy vascularizados; las venas son de paredes delgadas y se pueden desgarrar con facilidad y, además, su disposición en pedículos, de los que pueden escapar las ligaduras. La vascularización pelviana, está aumentada, según Ulfelder y Green, por la presencia de inflamación, tumores o embarazo, indicaciones más frecuentes de la cirugía pélvica y, por lo tanto, en ellas, deben observarse con más cuidado las medidas para prevenir la hemorragia postoperatoria. Welsey, citado por Sugasti, distingue las hemorragias inmediatas o tempranas, de las retardadas o tardías. Las hemorragias precoces son debidas, en su mayoría, a deslizamiento de ligaduras de pedículos, o por venas que sangran en el postoperatorio, después del levantamiento de la tensión. Las hemorragias postoperatorias, en cirugía ginecológica, pueden manifestarse por vía vaginal en los casos de histerectomías totales o por decorticación, en las que se deja drenaje vaginal y se canalizan al exterior.

Las hemorragias discretas, a veces, pueden producirse en forma lenta, lo que da lugar a un hematocele, consistiendo en una mezcla de síntomas oclusivos y de peritonitis, que contribuyen a hacer más confuso el cuadro. En el caso de hematocele una punción del Douglas, hará el diagnóstico y nos orientará a tomar una decisión operatoria. La falla de la ligadura del pedículo puede presentarse en las histerectomías subtotales, en las totales, en las ampliadas con grandes vaciamientos pelvianos (Wertheim, Meigs, Brunschwig). También en la cirugía del ovario, sobre todo en las resecciones cuneiformes, en las miomectomías en los fibromas enclavados, en los que se dejan superficies cruentas. Puedo citar una observación de reintervención por hemorragia en una enferma a la cual se le hizo histerectomía subtotal dificultosa por un fibroma enclavado en el ligamento ancho, a la que hubo que reoperar, en la noche de la intervención, por hemorragia. Reabierto la laparotomía, fue imposible localizar el vaso sangrante, dentro de la zona cruenta dejada en el ligamento ancho, por lo que se taponó, curando la enferma, aunque después de hacer una supuración pelviana.

En los abortos provocados y en los que se producen perforaciones por malas maniobras, a veces con grandes lesiones viscerales y hemorrágicas, hay que reintervenir por estas causas. Creo que no debo extenderme sobre este punto, por no tratarse de una verdadera reintervención.

La sangre puede derramarse en peritoneo libre o, a veces, en la histerectomía subtotal, la sangre se colecta por debajo del peritoneo, formando un gran hematoma, que puede extenderse por los espacios decolables de la pelvis, y en el espacio de Retzius. Cuando la hemorragia se exterioriza por vía vaginal en forma inmediata, es consecuencia de la falla o falta de ligadura de los bordes vaginales y, sobre todo, a nivel de los ángulos del muñón vaginal, "ángulos hemorrágicos" como los llaman Hetch y Blumenthal. Cuando las hemorragias son tardías, por lo general son por caída de escara o granulomas sangrantes, pudiendo a veces ser muy abundantes. Funck Brentano y colaboradores describen estas hemorragias tardías producidas en las histerectomías subtotales y totales y que ceden por la reanimación y antibióticoterapia intensiva. Estos autores llegan a la conclusión de la existencia de un factor infeccioso y de un factor personal.

Peil, Tänger, Obert y otros autores, han descrito hemorragias tardías en operaciones vaginales y admiten la recanalización del trombo por acción de toxinas fibrinolíticas de la flora vaginal, lo que corrobora lo sustentado por Funck Brentano.

El diagnóstico del hemoperitoneo depende de su importancia y de los síntomas que pueden ser muy evidentes: palidez, taquicardia, hipotensión, descenso de la presión arterial, etc.

Como auxiliar de diagnóstico se puede utilizar la punción del Douglas que es positiva en los casos de hemorragia en la cavidad libre, no así en el caso de hemorragias subperitoneales.

La radiografía también puede ser de utilidad. En la prevención de la hemorragia debería repetir lo ya dicho en capítulos anteriores. Debo destacar algunas maniobras durante el acto operatorio que contribuyen a la obtención de un campo exangüe y, por lo mismo, facilitan la realización de una intervención limpia. Borrás, de Rosario, describe hace años, la colocación de un tubo de goma, o sonda de Nélaton, pasada por los ligamentos anchos en su parte inferior, que comprime las arterias uterinas temporalmente. Es muy útil en las miomectomías, pues permite una hemostasia y sutura cuidadosas. Ulfelder y Green dicen que el uso de la hipotensión controlada y la hipotermia no permiten la duración de la intervención y su uso puede ser peligroso, por lo que aconsejan, en las grandes intervenciones, o en las que hay la posibilidad de hemorragia, el uso del torniquete de Linton, pasado en la terminación de la aorta. Es una modificación del torniquete de Bethune, antiguamente usado para el pedículo pulmonar, y permite, con la compresión hecha rápidamente, evitar la hemorragia de un vaso importante, su visualización y ligadura, después de quedar limpio el campo operatorio. Decidida la reintervención, se debe relaparatomizar, evacuar la colección hemorrágica y coágulos para tratar de visualizar el o los vasos sangrantes y poder efectuar su ligadura, que a veces es imposible, lo que se soluciona con el taponamiento, y evitar la utilización de pinzas colocadas a ciegas, por la posibilidad de agregar otras lesiones, sobre todo en los uréteres. Ulfelder y Green aconsejan la ligadura de las hipogástricas a 4 cm. de su origen, lo que hace una disminución de la tensión y permite el control de la hemorragia por la ligadura o en su defecto por taponamiento. Ellos preconizan las ligaduras de las hipogástricas en toda hemorragia pélvica grave que pueda producirse después de la cirugía realizada por vía vaginal, haciendo la ligadura de esas arterias por vía extraperitoneal, por incisión inguinal bilateral.

En la cirugía por vía vaginal, en la cual no tenemos experiencia, los autores señalan que es frecuente la hemorragia de la cúpula vaginal, sobre todo al sexto o séptimo día, por caída de escara o granuloma, la que se trata por reposo y taponamiento vaginal. Si ésta no cesara, exploración por la misma vía con muy buena iluminación, para hacer la hemostasis y sutura de las superficies sangrantes, y, en último caso, recurrir a la ligadura de la hipogástrica por vía extraperitoneal. En la cirugía del prolapso, pueden presentarse hemorragias, sobre todo después de la amputación del cuello uterino, donde se puede recurrir a

los procedimientos aconsejados anteriormente. En nuestra estadística debo mencionar tres hemorragias postoperatorias en prolapso: dos se solucionaron con el taponamiento simple, y la tercera, que era una enferma a la que se le había dado un dicumarólico como profilaxis de la trombosis venosa, en la noche de la intervención y por la continuidad de la hemorragia vaginal, se reintervino por esta misma vía pudiéndose visualizar el punto que sangraba en la sutura de la pared vaginal posterior, efectuada para el tratamiento del rectocele. Con un nuevo punto de sutura hemostática se solucionó la situación, suprimiendo el dicumarólico y utilizando la vitamina K sintética. Dicen Ulfelder y Green que antiguamente era habitual en la cirugía por vía vaginal, la utilización de pinzas hemostáticas fuertes, que se dejaban colocadas para retirarlas después de unos días. Ya ha pasado esa época, pero dicen los mismos, "que una o dos veces en la vida agitada del cirujano, algún pedículo vascular, virtualmente inaccesible, se asegurará con una pinza larga, que no puede reemplazarse con seguridad por la ligadura". Esta conducta no solamente se puede aplicar en cirugía ginecológica, sino que puede extenderse a otras situaciones, en que el cirujano se vea obligado a recurrir a este recurso salvador.

En cuanto a las hemorragias vaginales más tardías, estudiadas anteriormente por intervención de factores infecciosos o fibrinolíticos, deben ser tratadas con el taponamiento y la anti-bioterapia intensa.

Lesiones de los uréteres y vejiga.— Durante las intervenciones ginecológicas, sobre todo dificultosas, puede lesionarse la vejiga, lo que es más visible, o los uréteres, por ligaduras o por desvitalización por disección excesiva. Estas lesiones, comprobadas en el acto operatorio, pueden subsanarse con más probabilidades de recuperación. La sutura de la vejiga y su derivación con sonda permanente pueden salvar esta situación. En la lesión de los uréteres la anastomosis término-terminal y la colocación de una sonda ureteral es la conducta más aconsejada. Si no fuera posible realizarla, la ureterocistoneostomía efectuada en el mismo acto operatorio, según Lockhart es más exitosa por trabajar en tejidos frescos no inyectados. La implantación de uréteres en el intestino, debe ser realizada, según el mismo Lockhart, en ocasiones excepcionales, y en caso de lesiones muy altas y muy extendidas, que no permitan la implantación vesical, o la operación de Boari, que se realiza con un colgajo de la parte superior de la vejiga, con el que se confecciona un canal, al que se le anastomosa el uréter, y, por último, si el cirujano se encuentra ante el problema de un enfermo con mal estado

general por la operación prolongada, debe hacer la simple derivación externa del cabo distal del uréter, y su reconstitución en un segundo tiempo.

La prevención de estos accidentes debe ser: el cuidado de las maniobras, la buena visualización del uréter, ligaduras y suturas cuidadosas, evitar las suturas con aguja en zonas peligrosas, no usar las pinzas a ciegas, repitiendo aquí una conocida expresión que dice: "más vale una onza de precaución que una libra de tratamiento", con la que el Dr. Roncoroni termina el resumen de una Mesa Redonda sobre el tema, en el Congreso Argentino de Cirugía de 1956. El Dr. Forrisi me relató una observación personal, en la que actué como asistente, de una histerectomía total por cáncer del cuello de útero, dificultosa, donde al examinar el campo operatorio al final de ella, comprobó la ligadura del uréter en un pedículo. Se soltó la ligadura no habiendo tenido la enferma ningún inconveniente. Las reintervenciones de urgencia son excepcionales, pues esta complicación se manifiesta, o por lo menos hay que tratarlas, alejadas del acto operatorio. Se plantearía el problema frente a una anuria postoperatoria inmediata, como en un caso citado por Lockhart, en que después de intentar un cateterismo bilateral de los uréteres, a las 72 horas de la operación, y en el que sólo se pudo llegar a 4 ó 5 cm. del meato ureteral, se reopera a la enferma con el diagnóstico de obstrucción de uréter, comprobando que ambos habían sido acodados y plegados durante la peritonización. Se soltaron las suturas y se restableció su continuidad. El mismo autor cita otro caso de obstrucción extrínseca por hematoma subperitoneal muy importante. Lockhart dice que era una verdadera escoliosis del uréter. Podría plantearse una nefrostomía de urgencia, frente al caso de una ligadura de uréter con hidronefrosis por exclusión del riñón y el cuadro doloroso consiguiente. La presencia de estas complicaciones necesitan la colaboración del urólogo y los exámenes correspondientes, que escapan al carácter de este relato por ser dominio de las especialidades.

REINTERVENCIONES DE URGENCIA POR PERITONITIS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Muy comunes antiguamente, ya hemos comentado, en el estudio de la peritonitis, la descripción que hizo Gosset de la peritonitis progresiva llamada por él "a colibacilo". Hoy se la ve en raras ocasiones, por el uso de los antibióticos y la tendencia moderna, dicen Ulfelder y Green, a hacer resecciones más que drenajes en procesos crónicos inflamatorios de la pelvis —lo que

elimina el proceso patológico—. Las causas de las peritonitis pélvicas pueden ser varias. Se producen por una contaminación peritoneal, por malas maniobras, mala exteriorización. Pueden producirse por lesiones del intestino delgado y colon, que hayan pasado inadvertidas durante intervenciones laboriosas, en procesos inflamatorios con adherencias. En perforaciones uterinas postaborto con lesiones intestinales. En las apendicectomías que se hacen concomitantemente con las intervenciones ginecológicas, y que algunos cirujanos desaconsejan, tratándose de apéndices sanos.

Pueden ser secundarias a hematomas posthisterectomías que se infectan y se abren en peritoneo libre. Estos hematomas pueden ser subperitoneales, o intraperitoneales en el caso de un hemocele infectado por embarazo ectópico roto. En algunas ocasiones se puede producir una celulitis pelviana más o menos extendida o grave, que puede tomar toda la pelvis. En todos estos casos aparecen los síntomas de la contaminación peritoneal con mayor o menor agudeza, según el proceso: fiebre, taquicardia, malestar general, leucocitosis elevada, etc. No repetiré aquí lo que he manifestado en el transcurso del relato, tratándose de peritonitis.

Por lo general, estos procesos ceden con el tratamiento médico: reposo, sedantes, antibióticos, aspiración por sonda nasogástrica, equilibrio del estado humoral. Se puede obtener la resolución completa, o si no se forman abscesos, sobre todo en los casos de hematoma, que pueden drenar, espontáneamente, o ser drenados quirúrgicamente por vía vaginal, previa punción diagnóstica, o por vía inguinal, en el caso de los abscesos desarrollados en el ligamento ancho. Robinson, aconseja la aspiración por el drenaje, y la instilación de los antibióticos correspondientes, habiendo obtenido el 75% de curaciones. En el caso de peritonitis por perforación de vísceras huecas, por las causas ya señaladas y, sobre todo, en las perforaciones postaborto graves, se debe hacer una reintervención de urgencia para el tratamiento correcto de las lesiones. Debo citar dos observaciones personales, cuando era Cirujano de Guardia en el Hospital Salto: una perforación uterina postaborto, con gran desgarro, sin lesión visceral, a la que se le hizo la histerectomía subtotal, curando sin complicaciones; y la otra, una enferma que ingresa con grave estado general, síntomas de peritonitis evidente, después de maniobras abortivas realizadas cuatro días atrás. En la intervención se comprueba una gangrena uterina, practicándosele una histerectomía subtotal, en la que el útero se desprendió casi espontáneamente; se le dejó un drenaje de Mickulicz y en tratamiento general correspondiente. Después de un postoperatorio accidentado, fue dada de alta, curada.

REINTERVENCIONES DE URGENCIA
EN LA CIRUGIA DE LA AORTA TERMINAL DE
LAS ARTERIAS ILIACAS Y DE LA HIPERTENSION PORTAL

Es un tema en el que no tengo ninguna experiencia, citando solamente lo que dicen algunos autores. La complicación más frecuente es la hemorragia, que puede ser precoz —en el primero o segundo día—, por escape en la línea de sutura del injerto; en cambio, las hemorragias tardías, se deben, por lo general, a la infección. Otra complicación que obliga a una reintervención de urgencia, según Warren, es la abertura, hacia el duodeno o intestino delgado, por acción de cuerpo extraño de la zona reconstruida a las vísceras vecinas, produciendo la erosión de la pared visceral, y la digestión enzimática de la pared vascular debilitada. En nuestro país se publicó, en 1958, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía, por los Dres. Díaz, L. Praderi y C. Ormaechea, una observación muy interesante de un falso aneurisma traumático de la mesentérica superior, abierto en duodeno en un paciente al que reintervinieron en seis oportunidades, obteniendo su curación, y atribuyen también a los jugos duodenales un factor importante en la falla de las suturas de la arteria anastomosada. Se citan también las posibilidades de una hemorragia en las arteriotomías, o en las punciones para arteriografía. Ormaechea y R. Praderi citan una observación de L. Praderi, de un enfermo con una arteriopatía obstructiva incompleta, que hizo después de una punción aórtica translumbar para arteriografía, un hematoma periaórtico retroperitoneal que obligó a la reintervención, a la resección y al injerto de aorta. Puede haber esa posibilidad en las punciones arteriales para la perfusión regional para quimioterapia anticancerosa. El Dr. R. Rubio, en una comunicación personal durante su reciente visita a Salto, nos dijo que no tenía ninguna reintervención de urgencia en esta cirugía.

CONCLUSIONES

Como consecuencia de lo que hemos pasado en revista, en una forma rápida y somera, de acuerdo a la extensión del tema, y haciendo un resumen final, con referencia a la parte técnica, se debe tener en cuenta para evitar las complicaciones y para su profilaxis; 1º) un diagnóstico correcto, al que se llega con una historia clínica minuciosa y los exámenes de laboratorio y radiográficos correspondientes y *necesarios*; 2º) buena preparación del enfermo, equilibrado en su estado humoral hidrosalino, proteínas, volemia, pruebas de coagulabilidad sanguínea. No olvidar si el paciente está en tratamiento con corticoides, siendo

oportuno citar el lema con que Benedetti encabeza un trabajo sobre el tema: "No operarás sin preguntar si tu enfermo recibió antes corticoides". No olvidar, tampoco, la preparación psíquica del enfermo, que debe llegar al quirófano sin temor y con la confianza en su curación, que ha sabido o debido infundirle el cirujano y sus colaboradores. Durante el acto operatorio recordar lo que dice Warren, que "el trípode sobre el cual se apoya la cirugía moderna, incluye la anestesia, la asepsia y la hemostasia, las tres con igual importancia". Realizar lo que hemos repetido en el transcurso de este relato: anestesia correcta, incisión bien colocada (una buena incisión es la mitad de la operación, decía Finochietto), las maniobras operatorias adecuadas, sin apresuramiento, sin violencia, la utilización correcta de buen instrumental, la reparación cuidadosa de los tejidos y los planos parietales, la vigilancia del postoperatorio, estar atento ante cualquier anormalidad en su evolución o, si es necesario, tomar la decisión de una conducta quirúrgica.

El cirujano que realizó la intervención debe vigilar a su operado, y no dejar pasar por alto ningún síntoma que pueda ser una complicación y necesite una reintervención que, realizada en el momento oportuno, salvará la vida del enfermo confiado a sus cuidados. Frente a cualquier anormalidad debe hacer un repaso de lo sucedido en la primera intervención, para encontrar la causa de la situación actual. Clavel distingue varias situaciones: 1º) Puede haberse cometido un error en la indicación operatoria, tratándose de una causa médica que simule una situación quirúrgica de urgencia. No las pasaré en revista por ser conocidas. 2º) Error en la elección del momento de la operación. Pueden ser dos los extremos: precocidad, en un enfermo no preparado, shockado, o intervención realizada tardíamente en un enfermo con reservas agotadas, o con procesos muy extendidos. 3º) Errores técnicos posibles e incidentes durante la operación, la que requiere "aprendizaje, voluntad y disciplina", que pueden ser debidos a malas maniobras, excesivo traumatismo de los tejidos, falla de las suturas, o su mala ubicación en tejidos friables, dejar superficies cruentas, en una palabra, no hacer una correcta cirugía atraumática. Halsted decía: "el cirujano joven que asimila los principios básicos de la asepsia, la hemostasia y la delicadeza para los tejidos, aprendió sus más difíciles lecciones". La rapidez operatoria es tentadora, dice Finochietto, pero innecesaria y peligrosa; peligrosa más para el enfermo que para el cirujano. 4º) Errores por lesiones dejadas sin tratar, ignoradas, o por dificultades operatorias insalvables. 5º) Errores en el drenaje, por exceso o por falta. Deaver decía que quien drena bien, opera bien, lo que es exagerado. La necesidad de

dejar drenaje es, a veces, consecuencia de malas maniobras operatorias. La cirugía de los últimos años ha evolucionado; se utilizan los drenajes en forma más moderada que antes; el uso de los antibióticos ha contribuido a esta conducta, pero no se debe caer en excesos, no drenar y confiar a los antibióticos la recuperación de procesos supurados que pueden llevar a reintervenciones o desastres que no hubieran sido inevitables si se hubiera procedido correctamente. 6º) Errores por olvido de materiales que obran como cuerpos extraños, por lo general gases. Se ha escrito mucho sobre el tema, y se han propuesto numerosas soluciones. Cada cirujano tiene la propia. No todas son eficaces, a todos nos ha pasado y nos puede pasar el olvido de una gasa o una compresa en una operación azarosa y complicada. Thompson dice, "a pesar de las más refinadas precauciones y procedimientos destinados a prevenir olvidos de gases en las operaciones, ese desgraciado accidente continúa ocurriendo, con mayor frecuencia que lo relatado en la literatura".

Enumeradas estas causas, el cirujano que plantea una reintervención de urgencia, se encuentra, según Clavel, "ante dos procesos psicológicos muy humanos, por los cuales se encuentra, por error, conducido a contemporizar".

1º) Dar otra interpretación a la verdadera causa, pues recordando a Bossuet, "el más grande desarreglo del espíritu es el de creer las cosas por lo que se desea que ellas sean, y no por lo que ellas son, en efecto".

2º) La tendencia excesiva a pensar por los síntomas y no por la lesión, a lo que agrega Mondor que, por singular que parezca, es en las lesiones que se piensa menos.

En esta circunstancia el cirujano puede encontrarse desorientado y dudar de la conducta a seguir; es el momento del asesoramiento, de la consulta con un técnico de más experiencia, de utilizar e interpretar correctamente los exámenes radiológicos y de laboratorio que puedan contribuir a disipar esas dudas, y plantear la reintervención o la abstención. Menciono aquí una de las conclusiones del Congreso Francés de Cirugía de 1962, que debo a una gentileza del Prof. del Campo, y que dice: "en la duda, más vale reintervenir que abstenerse, y si hay reintervenciones abusivas, hay ciertamente muchas abstenciones nefastas".

No quiero, con lo dicho, sugerir que todas las reintervenciones se deban a errores que hemos cometido los cirujanos, por faltas de táctica o de técnica, ya anteriormente mencionadas; pueden serlo, en su mayoría. Pero también hay un porcentaje de complicaciones postoperatorias, que requieren reintervenciones, que hay que atribuir a otras causas de las que el cirujano

no es responsable, aunque él pueda creerlo así. Christman sintetiza esto diciendo "que estamos acostumbrados a magnificar lo malo antes que lo bueno, cuando hacemos la crítica de nuestra conducta".

Ardao, en un trabajo sobre reintervenciones, manifiesta que éstas son cada vez más frecuentes, haciendo notar que pueden ser un signo de progreso, por cuanto traducen un cambio en la actitud radical del cirujano de hoy, cuya acción se despoja del antiguo gesto de suficiencia definitiva, y remarca que la indicación de la reintervención la encuentra el cirujano que cuida el postoperatorio con criterio de patólogo. Y debe tener, como dice Clavel, el coraje que se necesita muchas veces para reintervenir un enfermo urgente, recordando la conocida cita de Mixter, "el verdadero cirujano no es nunca un Juan Sin Miedo, teme por sus enfermos, teme por sus propias deficiencias, por sus propios errores; pero nunca teme por sí mismo, o por su reputación profesional".

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- ARDAO, H.—La vía transduodenal en el diagnóstico de la obstrucción del cístico. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 6; 1961.
- ARDAO, H.—El descenso de la curvatura menor en la gastrectomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 26: 643; 1955.
- ARDAO, H.—Reintervenciones diagnósticas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 30: 237; 1959.
- BARRENECHE, ●.—"Quistes calcificados del hígado". Jornadas de la Clínica Quirúrgica "F", en el Hospital Salto.
- BERMUDEZ, O.—Fístulas duodeno cutáneas laterales. "Rev. Arg. de Cirugía", 3: 1; 1961.
- BERMUDEZ, O.—Importancia de la técnica en los resultados de la gastropiloroectomía. "VIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 230; 1957.
- BONNECARRERE, E. y BOSCH DEL MARCO, L.—Fístula sigmoideovesical. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 30: 220; 1959.
- BORTAGARAY, C. A.—El quiste hidático en nuestro medio. Actas y trabajos. "Primer Congreso del Litoral Norte Uruguayo", 33; 1944.
- BORTAGARAY, C. A.—Seis años de cirugía de urgencia. Actas y trabajos. "Quinto Congreso del Litoral Norte Uruguayo", 47; 1948.
- BORTAGARAY, C. A.; REALINI, M. y AMORIM, G.—Contusión de abdomen y estallido intestinal. "II Congreso Uruguayo de Cirugía", 322; 1952.
- CALLERI, E.—Quistes hidáticos abiertos en vías biliares. Correlato. "IV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1953.
- CAPRIO, G.—Abordaje tóracoabdominal de la cavidad peritoneal. Relato. "III Congreso Uruguayo de Cirugía", 43; 1952.

- CAZABAN, L.—Responsabilidad del cirujano y de los Centros Quirúrgicos, en el problema de la infección operatoria. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 361; 1961.
- CENDAN ALFONZO, J.—Colostomías. Relato. "X Congreso Uruguayo de Cirugía", 195; 1959.
- CENDAN ALFONZO, J. y LATOURETTE, F.—Las hemorragias peritoneales graves en las apendicitis agudas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 27: 14; 1956.
- CENDAN ALFONZO, J. y OTERO, J. P.—Fístulas digestivas externas altas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 11: 401; 1940.
- CENDAN ALFONZO, J.—Dehiscencia del muñón duodenal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 24: 495; 1953.
- CENDAN ALFONZO, J.—Discusión del relato de Cirugía Duodenal. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 300; 1962.
- CENDAN ALFONZO, J.—Causas de muertes, complicaciones y secuelas en el postoperatorio de los quistes hidáticos de hígado. "XXX Congreso Argentino de Cirugía", 7: 27; 1959.
- CENDAN ALFONZO, J. y LATOURETTE, F.—Complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos de hígado. "IV Congreso Uruguayo de Cirugía", 280; 1953.
- CERRUTTI, M.—Apendicectomías difíciles. "I Congreso Uruguayo de Cirugía", 111; 1950. (Mesa Redonda.)
- COSCO MONTALDO, H.—Pancreatitis aguda. "V Congreso Uruguayo de Cirugía", 533; 1954.
- COSSIO, V.—Cirugía de la vía biliar principal. "X Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 37; 1959.
- CHIFFLET, A.—Claudicaciones orificiales en la colostomía. Correlato. "X Congreso Uruguayo de Cirugía", 268; 1959.
- CHIFFLET, A.—Tratamiento quirúrgico del cáncer del recto. "XI Congreso Uruguayo de Cirugía", 13; 1960.
- CHIFFLET, A.—Gastrectomía obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 25: 289; 1954.
- CHIFFLET, A.—La exploración del colédoco en las colecistitis biliares. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 26: 405; 1955.
- DEL CAMPO, J. C.—Cáncer de estómago. Tratamiento quirúrgico. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 7; 1960.
- DEL CAMPO, J. C.—Tratamiento de cáncer de colon. "VII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 63; 1956.
- DEL CAMPO, J. C.—"Reintervenciones en Cirugía". XIX Sesión para Graduados, Clínica Quirúrgica "S", abril 1957.
- DEL CAMPO, J. C.—"Abdomen agudo". Editorial Científica del S. Médico del Uruguay, 1946.
- DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. y OUTEDA, F.—El síndrome de Dumping. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 21: 449; 1950.
- DEL CAMPO, J. C.—Quiste hidático calcificado del hígado. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 21: 143; 1950.

- DIAZ, L.; PRADERI, L. y ORMAECHEA, C.—Falso an urisma traumático de la arteria mesentérica superior. abierto en el duodeno. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 29: 61; 195 .
- FERNANDEZ CHAPELA, M.—Complicaciones de incisiones quirúrgicas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 19: 319; 1948.
- FERREIRA, J. A.; GIANNI, C. y VADRA, J. C.—Complicaciones de la apendicectomía. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1962.
- FERREIRA, J. A.; POLAK, L. y GIANNI, A. Aspectos radiológicos de la hemorragia como complicación p.o. de la apendicectomía. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 328; 1962.
- FORRISI, C.—Comunicación personal.
- FOSSATI, A.—Fístula pancreática consecutiva a una tumoración quística. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 14: 14; 1943.
- GARCIA CAPURRO, R.—Eventraciones postoperatorias. Relato. "III Congreso Uruguayo de Cirugía", 151; 1952.
- GARCIA CAPURRO, R.—Tratamiento de las fístulas altas del tubo digestivo por aspiración continua. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 10: 388; 1940.
- HERRERA RAMOS, F.; BAUER, A.; FALCONI, L. y POLETTI, H.—La punción biopsia del hígado en el diag., pronóstico y tratamiento de las hepatopatías. "Medicina en el Uruguay". 45; 1963-64.
- HOJMAN, I.—Complicaciones de la apendicectomía. Relato. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 300; 1962.
- KARLEN, M.—Oclusión intestinal postoperatoria. Relato. "XIV Congreso Uruguayo de Cirugía", 8; 1963.
- LANZA, A.—Manejo y cierre de la colostomía. Correlato. "X Congreso Uruguayo de Cirugía". 268; 1959.
- LARGHERO, P.; VENTURINI, W. y BROLI, E.—"Equinococosis hidática del abdomen". Editorial Delta, 1962.
- LARGHERO, P.; ASTIAZARAN, M. y GORLERO ARMAS, E.—Hemobilia postraumática. "Anales de la Fac. de Med. de Montevideo". 32: 187; 1954.
- LARGHERO, P.—Eventraciones. "III Congreso Uruguayo de Cirugía", 1952.
- LARGHERO, P.—Iliorectostomía ampular. Hemorragia profusa cohibida con cecostomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 19; 1948.
- LARGHERO, P.—Oclusión intestinal y hemorragia peritoneal por hematoma del íleon, consecutiva de hernia estrangulada. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 6: 242; 1935.
- LARGHERO, P. y BENNATI, D.—Hemorragia aguda en fístula pancreática en el saco adventicial de un quiste retroperitoneal evacuado. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 6: 250; 1935.
- MAÑANA, J.—Vagotomías y píloroplastias. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 196; 1962.
- MARELLA, M.—El muñón duodenal en las gastrectomías por úlcera del duodeno. Técnica de cierre. Correlato. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 131; 1952.
- MAUTONE, J. D.—Exploración quirúrgica del vientre. "VI Congreso Uruguayo de Cirugía", 201; 1955.

- MAUTONE, J. (h.).—Oclusión intestinal postapendicectomía. Correlato. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1962.
- MENDIVIL, J.—"Reintervenciones en cirugía abdominal". Jornadas de la Clínica Quirúrgica "F", Hospital Salto, setiembre de 1964 .
- MESA REDONDA. Drenaje perinca y subperitoneal. "IV Congreso Uruguayo de Cirugía", 153. (Int. Chifflet, Larghero, Cendán.)
- MIRIZZI, P.—Complicaciones y secuelas de la cirugía de vías biliares. "III Congreso Interamericano de Cirugía", 1: 93; 1946.
- NARIO, C. L.—"Colecistectomías difíciles". Pub. del Inst. de Clínica Quirúrgica, 1953.
- ORMAECHEA, C. y PRADERI, R.—Tratamiento de los traumatismos de los grandes troncos arteriales y venosos. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 303; 1962.
- OTERO, J. P.—Colcctomías subtotaes; pancreatctomías, fístulas p.o. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 4; 1962.
- OTERO, J. P.—Traumatismos de abdomen. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 21: 331; 1950.
- PARODI, H. y DELGADO, B.—Ncoplasma del confluente bilioécístico; resección y derivación; drenaje por el hepático izquierdo. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 34: 4; 1963.
- PERDOMO, R.—La paracentesis diagnóstica en el abdomen agudo. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 232; 1962.
- PEREIRA, O. Indicaciones quirúrgicas y resultados de la gastropilorectomía en el úlcus gastroduodenal. Relato. "VIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 155; 1957.
- PIGNATA, G. y BURJEL, J.—Peritonitis aguda de origen genital femenino. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 2: 209; 1961.
- PINO, J.—Peritonitis biliares. Correlato. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 271; 1961.
- PIÑEYRUA SAAVEDRA, J.—Eliminación por vía intestinal de un segmento gástrico. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 50; 1961.
- PIÑEYRUA SAAVEDRA, J.—Tratamiento de la peritonitis aguda. "XII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 241; 1961.
- PIQUINELA, J.—Quiste recidivado del páncreas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 29: 28; 1958.
- PIQUINELA, J.—Cirugía del duodeno. Relato. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1962.
- PIQUINELA, J.—Tratamiento de la litiasis coledociana; coledocoduodenostomía. "Prensa Médica Argentina", 50: 2001; 1963.
- PIQUINELA, J.—Gastrectomía; obstrucción cerrada del asa aferente. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 24: 402; 1953.
- PRADERI, R.—Hepatogastrostomía láterolateral. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 495; 1962.
- PRADERI, R.—Coledocotomía transhepática. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 237; 1961.

- PRADERI, R.—Hemorragias gastroduodenales por úlceras provocadas por stress operatorio. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 62; 1961.
- PRADERI, R.—Cáncer del confluente hepatoecístico. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 34: 442; 1963.
- PRAT, D.—El síndrome de asa aferente después de la gastrectomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 26: 187; 1955.
- PRAT, D.—Complicaciones biliares de la gastrectomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 25: 555; 1954.
- PRAT, D.—"Ileo". Edit. Palacio del Libro, 1932.
- PRIARIO, J. C.—Hernias internas postgastrectomía; estallido duodenal por compresión de un asa aferente. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 24: 527; 1953.
- PRIARIO, J. C.; D'AURIA, A. y GILARDONI, F.—Fístulas duodenales externas. Correlato. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 171; 1962.
- RIOS, G.—Perforación diafragmática por tubo de drenaje de quiste hidático del hígado. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 460; 1961.
- RIOS, B.—Equinococosis hepática y su tratamiento. Relato. "IV Congreso Uruguayo de Cirugía", 149; 1953.
- SANTOS DUBRA, A.—Complicaciones de los distintos métodos del tratamiento de los q. h. de hígado. "XI Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 263; 1960.
- SIERRA, A. J. y MEROLA, L.—Rotura de vesícula en postoperatorio alejado de colecistostomía. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 74; 1962.
- SILVA, C. e ITUÑO, C.—Labor quirúrgica durante el año 1962, en un Servicio de 47 camas. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 44: 177; 1963.
- SILVEIRA, C.—Traumatismo de abdomen. Relato. "VII Congreso Uruguayo de Cirugía", 149; 1956.
- SOTO BLANCO, J.—Anuria p.o. complicando una intervención pelviana, aco-damiento bilateral de uréteres. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 14: 109; 1943.
- STAJANO, C.—Errores de técnica quirúrgica; cuerpos extraños abandonados en el vientre operatorio. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 12: 314; 1941.
- STAJANO, C.—Heridas operatorias de los canales biliares y la vía principal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 17: 343; 1946.
- SUIFFET, W.—Abocamiento del colédoco en D III y D IV; divertículo duodenal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 34: 366; 1963.
- TAJES, R. V. y SANTINI, A.—Hemorragia incontrolable postproctectomía. "Síntesis Médica", 4: 2; 1959.
- TRINCA, S.—Tratamiento de las fístulas duodenales laterales, con la gastrectomía subtotal. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 291; 1962.
- VACAREZZA, A. y ROSASCO, C.—Complicaciones sobre mil apendicectomías en clínica quirúrgica infantil. "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía", 1962.
- VALLS, A. y ARRUTI, C.—Hemorragias masivas por la vía biliar principal. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 27: 81; 1956.
- VILLAMIL.—"Reintervenciones en cirugía abdominal". Jornadas de la Clínica Quirúrgica "F", en el Hospital Salto, en set. 1964.
- VIOLA PELUFFO, J.—Aspectos urogenitales del tratamiento quirúrgico de los cánceres de recto. "XI Congreso Uruguayo de Cirugía", 151; 1960.

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

- ANDRADA, J. J.—Pseudoquistes del páncreas. "Prensa Méd. Arg.", 50: 2307; 1963.
- BACON, H.—"Enfermedades de ano, recto y colon". Ed. Labor, B. Aires, 1942.
- BAIJA, A. y DURAN, M.—Hemobilia postoperatoria. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 46: 343; 1962.
- BARTLETT, M. y CARTER, E.—Complicaciones especiales de la cirugía de vesícula biliar. "Clín. Quir. N. Am.", 741; junio 1943.
- BECLARY, J. y MAILLER, H.—Síndrome peritonítico por rotura de pseudoquiste infectado de páncreas. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 958; 1962.
- BELL, L. C. y WARDEN, H.—Bile peritonitis. "Am. J. Surg.", 89: 579; 1955.
- BERRA, J. L.; CAPURRO, M. y OLIVIERI, L.—Dehiscencia de la gastro-yeyunostomía postgastrorectomía. "XXXI Congr. Arg. de Cir.", 2: 439; 1960.
- BLOCK, G. y PALOYAN, E.—Operaciones para pancreatitis. "Clín. Quir. N. Am.", 201; febrero 1963.
- CASIRAGHI, J. C.—A propósito de bilirragia, como consecuencia de operación de q. h. de hígado. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 41: 788; 1957.
- CASIRAGHI, J. C.—El tratamiento del quiste hidático del hígado y sus complicaciones. Relato. "XXX Congr. Arg. de Cir.", 1: 577; 1959.
- CLAVEL, Ch.—"Estrategia y táctica en cirugía abdominal de urgencia". Masson, 1955.
- CLEVELAND, H.; WADDELL, W. y REINSMIDT, R.—La pancreatitis traumática, problema cada vez mayor. "Clín. Quir. N. Am.", 401; 1963.
- DELANOY, E.—Les impératifs de la réintervention en chirurgie abdominal. Debate. "LXII Congreso Francés de Cirugía", 1962.
- DESCHAMPS, S.—Hemobilia. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 43: 112; 1959.
- FERGUSON, D. y RENNIGER, K.—Portografía en la hipertensión portal. "Clín. Quir. N. Am.", 47; febrero 1964.
- FINOCHIETTO, E. y R.—"Fístulas ileales. Técnica quirúrgica". Ediar S. A., 12, 268.
- FINOCHIETTO, E. y R.—"Cirugía de colon", tomos XIII y XIV. Ediar S. A., 1948, 1952.
- FINOCHIETTO, E.—"Cirugía básica". López Editor, 1962.
- FINOCHIETTO, R.—Gasas olvidadas. "Prensa Méd. Arg.", 45: 3628; 1958.
- GUTIERREZ, A.—Consideraciones sobre cuerpos extraños dejados accidentalmente en cavidad abdominal. "Día Médico", 7: 133.
- HAHNEMAN, B. y CLARKE, H.—Fundamentos y técnica de la esplenectomía. "Clín. Quir. N. Am.", 213; febrero 1963.
- HALLIBURTON, J. C. y MANRIQUE, J.—Hemobilia traumática. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 40: 244; 1956.
- HEDBERG, S. y WELCH, C.—Complicaciones después de cirugía cólica. "Clín. Quir. N. Am.", 775; junio 1963.
- HULSKAMP, P. y WELCH, P.—Fístulas yeyunoileales postoperatorias. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 141; 1963.

- IRUBE, C.—Fístula duodenal externa. "Prensa Universitaria", 3: 77; 1958.
- JURADO, P.—Tumores de Schloffer. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 45: 377; 1961.
- LAHEY, F. y colab.—"Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey". Bernades, 1954.
- LASALA, A.—Cirugía de las vías biliares. Conducta en la sección accidental del colédoco. "Prensa Méd. Arg.", 41: 1947; 1954.
- LASALA, A.—Táctica quirúrgica en la litiasis del hepatocolédoco. "Academia Arg. de Cirugía", 35: 485; 1951.
- LASALA, A. y VAZQUEZ, M.—"Hepatostomía". Ed. López y Echegoyen, 1950.
- LEGER, L. y BREHANT, I.—"Chirurgie du pancreas". Masson, 1956.
- LOYARTE, H.—Histoterapia mediante el uso de placenta humana fresca. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 45: 443; 1961.
- LOYUDICE, F. y SIVORI, E.—A propósito de un caso de pseudoquiste pancreático por drenaje interno. "Prensa Méd. Arg.", 50: 2914; 1963.
- LOYUDICE, F.—Reintervenciones de causas mecánicas en el postoperatorio inmediato. Relato. "XXXV Congr. Arg. de Cir.", 1964.
- McDONALD, ●.—Métodos de decompresión en cirugía abdominal. "Clín. Quir. N. Am.", 263; febrero 1964.
- MAINETTI, J. M.—Fístula duodenal postoperatoria. "Cirugía Panamericana", 2: 395; 1959.
- MANRIQUE, J.—Shock quirúrgico. Relato. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 1: 1; 1962.
- MASTRANGELO, R.; KESNER, L. y CHODOS, J.—Gasomas en cavidad abdominal. "Prensa Méd. Arg.", 50: 3105; 1963.
- MESA REDONDA. Cáncer de recto. Coordinador: F. Christman. "XXX Congr. Arg. de Cir.", 2: 57; 1959.
- MESA REDONDA. Indicaciones y resultados de la papilotomía. Coordinador: J. Michans. "XXXI Congr. Arg. de Cir.", 2: 83; 1960.
- MESA REDONDA. Indicaciones y resultados de la anastomosis biliodigestiva. Coordinador: C. Belleville. "XXXII Congr. Arg. de Cir.", 2: 107; 1961.
- MESA REDONDA. Insuficiencia renal aguda. Coordinador: R. Ereole. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 2: 84; 1962.
- MESA REDONDA. Colecistitis aguda. Coordinador: W. Suiffet. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 1961.
- MIRIZZI, P.—Litiasis del colédoco; tratamiento. "XXI Congr. Arg. de Cir.", 1939.
- NOCITO, J.; MARMOL, J. y LUCHINI, H.—Los pseudoquistes del páncreas; citoanastomosis con tercera porción duodenal. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 41: 328; 1960.
- MONDOR, H.—"Diagnósticos quirúrgicos urgentes". Ed. Masson, 1933.
- MOREL, C.—Pancreatitis crónica. Relato. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 1: 707; 1962.
- NOMASTEINSKY, J.—Balance hidroeléctrico en cirugía. Relato. "XXIX Congr. Arg. de Cir.", 1: 606; 1958.
- OLWIN, H. y KOPPEL, J.—Tendencia hemorrágica en el paciente quirúrgico. Su descubrimiento y corrección. "Clín. Quir. N. Am.", 185; enero 1964.

- PAEZ, E. y PIROSKY, J.— Las infecciones quirúrgicas. Relato. "XXXII Congr. Arg. de Cir.", 1: 351; 1961.
- PATARO, V. y MARTINEZ CORREA, L.— Cistoyeyunostomía y cistoduodenostomía por pseudoquistes de páncreas. "Prensa Méd. Arg.", 45: 1539; 1958.
- PAVLOVSKY, A.— Complicaciones abdominales agudas, por cuerpos extraños dejados durante la laparotomía. "Prensa Méd. Arg.", 47: 1515; 1960.
- PAVLOVSKY, A.— "Abdomen agudo quirúrgico". Ed. El Ateneo, 1941.
- PERNOKAS, L. y OSBORNE, M.— Complicaciones de la cirugía pancreática "Clín. Quir. N. Am.", 755; junio 1963.
- PUESTOW, L. L. B.— "The surgery of de biliary track, pancreas and spleen". Chicago Year Book Pub., 1953.
- RANDOLPH, J.— Complicaciones especiales de la cirugía en la primera y segunda infancia. "Clín. Quir. N. Am.", 685; junio 1963.
- REY, A. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. "XXXIV Congr. Arg. de Cir.", 1: 255; 1964.
- RIVAROLA, J. E.— Obstrucción intestinal en el niño. "XXXI Congr. Arg. de Cir.", 1: 675; 1960.
- ROSEMBERG, R.; HELLER, F. y SADOVE, M. Uso y abuso de los vasopresores. "Clín. Quir. N. Am.", 155; febrero 1964.
- RUSSO, A. y CORBEILLE, J. El drenaje interno en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 43: 507; 1959.
- SANCHEZ ZINNY, J.; GANDSAS, M.; FREIMAN, K. y CARMENA, A.— Esplenectomía; indicaciones en hemopatías. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 45: 321; 1961.
- SANCHEZ ZINNY, J.— Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal (de causa inflamatoria). Relato. "XXXIII Congr. Arg. de Cir.", 1: 141; 1964.
- SANCHEZ ZINNY, J. y FIGUEROA, M. Pancreatitis aguda postoperatoria en cirugía de cólecoco inferior y papila. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 45: 12; 1961.
- SANCHEZ ZINNY, J.; FIGUEROA, M. y VIDAL, R.— Sistematización biliar interhepática: operación de Longmire Sandford. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 40: 373; 1961.
- SCHWEGMANN, C. y MILLER, L.— Esplenectomía; reducción de mortalidad. "Clín. Quir. N. Am.", 509; diciembre 1962.
- SPIVACK, J.— "Operaciones urgentes". UTEHA, 1949.
- STROHL, E.; DIFFEMBAUGH, E. y ANDERSON, R.— Importancia del drenaje después de cirugía de vías biliares. "Clín. Quir. N. Am.", 281; febrero 1964.
- SUGASTI, J. A. Esfínteroplastias. "Bol. Soc. Cir. B. Aires", 44: 461; 1960.
- SUGASTI, J. A.— Reintervenciones urgentes por hemorragia en cirugía abdominal. Relato. "XXXV Congr. Arg. de Cir.", 245; 1964.
- TEJERINA, W.— "Operaciones urgentes". Ed. El Ateneo 1952.
- TE LINDE, R.— "Operative gynecology". Lippincott, 1946.

- TURCO, N.—“Estómago y duodeno. Técnica quirúrgica de E. y R. Finochietto”. Ediar S. A., tomo XI A. 1963.
- TURCO, N.—Comunicación personal. B. Aires. 1956.
- TURELLI, R. “Enfermedades de ano, recto y colon”. Ed. Beta. B. Aires. 1962
- ULFELDER, H. y GREEN, T.—Complicaciones especiales de la cirugía ginecológica. “Clín. Quir. N. Am.”, 789; junio 1963.
- URIBURU, J. V. “Oclusión intestinal”. Ed. El Ateneo, 1945.
- URIBURU, J. V.—Obstrucción intestinal aguda. Relato. “XXXI Congr. Arg. de Cir.”, 486; 1960.
- Van PROHASCKA, J.—Uso y abuso de antibióticos en cirugía. “Clín. Quir. N. Am.”, 97; febrero 1964.
- VELAZCO SUAREZ, C.—La litiasis residual del colédoco. “Academia Arg. de Cirugía”, 33: 48; 1949.
- VELAZCO SUAREZ, C.—Fístulas duodenales externas, consecutivas a intervenciones sobre vías biliares. “Academia Arg. de Cirugía”, 37: 162; 1953.
- VELAZCO SUAREZ, C. Lesiones quirúrgicas accidentales de vías biliares y su secuela. “Bo. Soc. Cir. B. Aires”, 45-46: 307, 507, 10; 1961-1962.
- VILLAFANE, J.—La punción diagnóstica de la cavidad abdominal, en abdomen agudo. “Prensa Méd. Arg.”, 31: 2358; 1944.
- WARREN, R. Complicaciones postoperatorias hemorrágicas. “Clín. Quir. N. Am.”, 715; 1963.
- WELCH, C. E.—“Surgery of the stomach and duodenum”. Yearbook Publ., Chicago. 1952.
- ZABALETA, D.—Vías de abordaje al abdomen superior. Relato. “XXVI Congr. Arg. de Cir.”, 1: 1; 1956.
- ZABALETA, D.—“Estómago y duodeno. Técnica quirúrgica de E. y R. Finochietto”. Ediar S. A., 1963.